

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1327/2024

ATAS/10/2026

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 13 janvier 2026

Chambre 10

En la cause

A_____

recourante

Représentée par Me Toni KERELEZOV, avocat

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Joanna JODRY, présidente ; Saskia BERENS TOGNI et Pierre-Bernard
PETITAT, juges assesseurs.**

EN FAIT

- A.**
- a.** A _____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1971 au Portugal, s'est installée en Suisse en 1994. Sans formation, elle a travaillé en qualité de femme de ménage à temps partiel, puis s'est occupée de ses enfants nés en 1994 et 1998. Elle a divorcé en 2015 et est aidée financièrement par l'Hospice général depuis le 1^{er} mai 2023.
- b.** Le 7 octobre 2004, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) a enregistré une première demande de prestations de l'assurée motivée par un cancer du sein droit.
- c.** Par décision du 17 septembre 2010, l'OAI lui a accordé le droit à une rente d'invalidité entière du 1^{er} juin 2005 au 31 mars 2006.
- d.** L'assurée a repris une activité lucrative à 100% dans le domaine de la vente par correspondance du 15 mars 2013 au 31 décembre 2018. Après une période de chômage, elle a été engagée comme vendeuse à 100% dans une boutique de prêt-à-porter dès le 1^{er} octobre 2019, pour un salaire mensuel de CHF 4'800.-.
- B.**
- a.** Le 7 septembre 2021, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, faisant état d'une dépression, d'ostéoporose, d'hernies et d'épicondylite au coude droit. En incapacité totale de travail depuis le 15 avril 2021, elle percevait des indemnités de la part de l'assureur perte de gain.
- b.** Procédant aux investigations médicales, l'OAI a notamment reçu :
- un rapport du 1^{er} juillet 2021 du docteur B _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, retenant les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) et d'anxiété généralisée (F41.1), ayant un impact sur la capacité de travail ;
 - un rapport du 6 juillet 2021 suite à des radiographies du bassin, de la hanche et à une minéralométrie ;
 - un rapport du 9 juillet 2021 du docteur C _____, spécialiste en médecine générale, faisant notamment état de lombalgies sur une ostéoporose ;
 - un rapport du 14 juillet 2021 de la docteure D _____, spécialiste en médecine interne générale, suite à un examen psychiatrique et psychothérapeutique demandé par l'assureur perte de gain ; elle a mentionné les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques en rémission partielle correspondant actuellement à un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, d'ostéoporose après une ovariectomie, de polyarthrose, de capsulite de l'épaule droite, d'épicondylite du coude droit, de difficultés liées à l'emploi ; l'incapacité totale de travail était justifiée et le volet somatique devrait être évalué par un rhumatologue ;

- un certificat médical du 20 juillet 2021 par lequel le Dr B_____ a attesté d'un arrêt de travail à 100% pour des raisons psychologiques du 19 avril au 14 juillet 2021 ;
- un courrier du 8 septembre 2021 du Dr B_____ expliquant à l'assureur perte de gain que l'assurée n'avait pas encore pleinement retrouvé sa capacité de travail sur le plan psychique, mais que les arrêts de travail étaient signés par son généraliste car il y avait une prévalence du trouble somatique dans les conséquences incapacitantes, étant relevé que les plaintes somatiques et psychiatriques étaient intriquées ;
- un rapport du 27 septembre 2021 relatif à une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) cervicale ;
- un rapport du 17 novembre 2021 suite à une IRM du genou droit ;
- un rapport du 18 novembre 2021 du Dr C_____ signalant que l'état de santé de l'assurée s'était dégradé et qu'elle souffrait d'une épicondylite droite invalidante, d'ostéoporose importante, de douleurs lombaires et d'un état dépressif ;
- un rapport du 9 mai 2022 du Dr B_____ indiquant qu'il avait suivi l'assurée du 24 février au 15 décembre 2021 et que sa prise en charge avait été reprise par un consœur ;
- des rapports des 7 janvier, 23 septembre 2021 et 7 février 2022 de la docteure E_____, spécialiste en rhumatologie, ne retenant aucun diagnostic rhumatologique ayant une incidence sur la capacité de travail, relevant ne pas avoir retrouvé de limitation fonctionnelle articulaire et évoquant un syndrome douloureux chronique ;
- un rapport d'expertise rhumatologique rendu le 26 septembre 2022 par le docteur F_____, spécialiste en rhumatologie, sur demande de l'assureur perte de gain, posant les diagnostics de fibromyalgie, d'épicondylites bilatérales d'origine mixte, de lombalgies sur des discopathies modérées, une périarthrite de l'épaule gauche et une ostéoporose modérée ; la capacité de travail était totale dans l'activité d'employée logistique en ligne mais celle dans l'activité de vendeuse en boutique de prêt-à-porter dépendrait de constats radiologiques complémentaires ;
- un rapport du 12 octobre 2022 de la docteure G_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, indiquant avoir repris le suivi de l'assurée depuis le mois de mars 2022 et diagnostiquant un épisode dépressif d'intensité moyenne ; l'incapacité de travail était secondaire à la symptomatologie douloureuse de la fibromyalgie, l'une agissant sur l'autre et se péjorant mutuellement ;

- un rapport du 30 mars 2023 du docteur H_____, spécialiste en rhumatologie, faisant notamment état d'une fibromyalgie, d'épicondylite du coude gauche, de douleurs diffuses et de fatigue sévère ; une activité adaptée à 50% au plus était envisageable dans une activité sans travaux physiquement pénibles, sans port de charges lourdes, sans positions statiques prolongées, sans marche prolongée et sans travail dans un environnement difficile ;
- un rapport du 13 mars 2023 du Dr C_____ notant les diagnostics d'ostéoporose fracturaire avec des dorsolombalgies, d'état dépressif moyen à sévère, de lombosciatalgie gauche, de fibromyalgie, d'épicondylite bilatérale opérée deux fois sans succès ; les limitations fonctionnelles comprenaient toutes les restrictions impliquant le dos et les deux coudes ; aucune activité adaptée n'était possible ;
- un rapport du 10 mai 2023 de la docteure I_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, faisant état de contractures musculaires de la masse des extenseurs importantes pour les deux avant-bras, d'une charge psychologique importante, d'une fibromyalgie surajoutée, de douleurs chroniques difficiles à gérer, de paresthésies avec des réveils nocturnes ; le port de charges était limité et l'assurée ne pouvait pas effectuer de mouvements répétitifs des poignets et des coudes en raison de tous les facteurs ; la reprise d'une activité adaptée était possible ;
- une attestation reçue le 15 juin 2023, dans laquelle le Dr C_____ a estimé qu'un reclassement professionnel n'était pas envisageable, même dans une activité légère, car l'intéressée souffrait de douleurs lombaires persistantes et ne pouvait pas porter des charges, même de 2 kg, rester dans des positions statiques, mobiliser sa colonne vertébrale, et devait alterner les positions assise et debout toutes les 30 minutes.

c. L'OAI a confié une expertise bidisciplinaire au Centre d'expertises médicales (ci-après : CEMed), réalisée par les docteurs J_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et K_____, spécialiste en rhumatologie, lesquels ont rendu leur rapport le 23 août 2023.

Les experts ont diagnostiqué un épisode dépressif unique léger, un trouble à symptomatologie somatique/syndrome de détresse physique léger, une phobie spécifique, une fibromyalgie dès 2010, un status après carcinome canalaire invasif du sein droit avec trois opérations en 2004 et 2005 se terminant par une mastectomie et un curage axillaire, chimiothérapie et hormonothérapie adjuvantes durant cinq ans, des rachialgies chroniques dès 2008 au moins sur des discopathies cervicales et lombaires étagées, une ostéoporose traitée dès mai 2021, un status après une opération pour une épicondylite du coude droit en octobre 2021 et gauche en novembre 2022, un status après une arthrodèse de la première métatarso-phalangienne droite et de la quatrième interphalangienne proximale droite le 20 novembre 2020, un status après une ovariectomie droite en

2006, un status après un changement de prothèses mammaires pour rupture fin 2022 et un status après une lithiase rénale en février 2023.

Dans leur évaluation consensuelle, les experts ont conclu que la capacité de travail avait toujours été entière sur le plan somatique à part durant de courtes périodes lors des interventions chirurgicales. Du point de vue psychiatrique, il était plausible que la capacité de travail ait été nulle d'avril à décembre 2021, mais elle s'était améliorée depuis probablement le début de l'année 2022 et pouvait être considérée depuis lors comme complète sans diminution de rendement. L'assurée pouvait exercer son ancienne activité de vendeuse dans une boutique de prêt-à-porter à plein temps.

Les limitations fonctionnelles concernaient les travaux physiquement pénibles, le port de charges, les positions statiques prolongées, les mouvements fréquents avec le membre supérieur droit au-dessus de l'horizontale, les mouvements répétitifs sollicitant les poignets ou les coudes avec un besoin de force.

d. Par avis du 25 septembre 2023, la docteure L_____, médecin auprès du service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI, a considéré que la situation de l'assurée s'était temporairement aggravée depuis la dernière décision.

L'atteinte principale consistait en un épisode dépressif unique moyen ayant évolué vers un épisode léger (6A70.0). Concernant les diagnostics retenus par le CEMed, le trouble à symptomatologie somatique/syndrome de détresse physique léger (6C20.0), la phobie spécifique (6B03), la fibromyalgie, l'ostéoporose, le status post-ovariectomie droite et le status après un changement de prothèses mammaires n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail.

Toute activité à fortes charges physiques était à proscrire, de même que les activités au-dessus de 60° d'antéflexion ou d'abduction de façon répétitive, au-delà de 90° de façon occasionnelle, le port de charges supérieures à 2.5 kg de façon répétitive et les tâches nécessitant un rendement imposé. L'intéressée devait privilégier les emplois permettant de varier les positions à sa guise, sans position statique debout immobile ou nécessitant des positions fixes prolongées, sans position statique au-delà d'une heure, sans flexion, extension et rotation du rachis, et sans position en porte-à-faux. Devaient également être évitées les activités nécessitant des agenouillements ou des accroupissements répétés, celles requérant de déambuler toute la journée ou de marcher sur un terrain instable, les tâches nécessitant des mouvements répétés des poignets et des coudes surtout avec port de charges ou des activités impliquant des forces de serrage importantes ou de force des deux côtés, ainsi que les activités nécessitant de porter des charges en élévation au-dessus de l'horizontale, surtout au niveau de l'épaule droite.

Le SMR a indiqué s'écarter des conclusions des experts dans la mesure où l'activité de vendeuse en prêt-à-porter ne respectait pas l'ensemble des restrictions. La capacité de travail avait été nulle dans l'activité habituelle de

vendeuse de prêt-à-porter dès le 14 avril 2021. Dans un métier adapté, elle avait été nulle dès le 14 avril 2021 compte tenu de l'épisode dépressif et de l'intervention du coude droit, entière dès le 21 janvier 2022, nulle dès le 1^{er} novembre 2022 en raison de la dernière intervention et à nouveau entière dès le 23 mars 2023, soit trois mois après l'opération.

e. Par décision du 7 mars 2024, l'OAI a confirmé son projet du 12 octobre 2023 et octroyé à l'assurée une rente d'invalidité entière du 1^{er} février au 31 mai 2023. Il a retenu qu'elle n'était plus en mesure d'exercer son activité habituelle mais que dans une activité adaptée, sa capacité de travail avait été de 0% dès le 14 avril 2021 (début du délai d'attente d'un an), 100% dès le 21 janvier 2022, 0% dès le 1^{er} novembre 2022 et 100% dès le 23 mars 2023. À l'échéance du délai d'attente, soit le 14 avril 2022, la comparaison des revenus avec invalidité, soit « CHF 58'236.- » (*recte* CHF 54'222.-), et sans invalidité, soit « CHF 54'222.- » (*recte* : CHF 58'236.-) révélait une perte de gain de 7%. À compter du 1^{er} novembre 2022, son état de santé s'était aggravé et ne lui permettait plus d'exercer une activité, de sorte que sa perte de gain, qui se confondait avec le degré d'invalidité, était totale et ouvrait le droit à une rente entière. À la suite d'une amélioration de son état de santé le 23 mars 2023, il convenait de reprendre la comparaison des gains précitée et de conclure que son droit à la rente s'éteignait après une amélioration de la capacité de travail théorique de trois mois, soit le 1^{er} juin 2023, au vu du degré d'invalidité de 7%. Ce dernier n'ouvrait en outre pas le droit à des mesures professionnelles.

- C. a. Par acte du 22 avril 2024, l'assurée, représentée par un avocat, a interjeté recours contre cette décision par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Elle a notamment conclu, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire et, principalement, à l'annulation de la décision litigieuse et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le mois d'avril 2022, sans limite dans le temps, et à ce que l'intimé soit condamné à lui verser une indemnité de procédure d'un montant minimum de CHF 3'000.-.

En substance, la recourante a nié toute valeur probante au rapport d'expertise. Il était indéniable que les pathologies physiques et psychiques s'enchevêtraient et s'influençaient mutuellement et il était insoutenable de considérer qu'elle disposerait d'une capacité de travail résiduelle au regard de ses limitations fonctionnelles. Un tel poste n'existait pas.

Subsidiairement, s'il devait être retenu qu'elle disposait d'une capacité de travail résiduelle, celle-ci devrait être de 50%, au plus. Le salaire sans invalidité s'élevait à CHF 57'600.- en 2020, porté à CHF 58'400.- en 2022 (année d'octroi de la rente). Le salaire avec invalidité retenu par l'intimé était contesté car le secteur « production » n'entrait pas en ligne de compte au regard des restrictions. Il convenait de se baser sur le secteur « services » et retenir un revenu de CHF 53'100.-, auquel il convenait d'appliquer un abattement de 25% en raison

notamment de l'âge, des limitations fonctionnelles et de la réduction de rendement, soit un gain de CHF 39'825.-. Même à considérer qu'elle était apte à travailler à 100%, son taux d'invalidité serait de 32%, ce qui lui ouvrait le droit à des mesures d'ordre professionnel. Ces mesures, qui n'avaient pas été mises en place par l'intimé, devraient permettre d'évaluer sa réelle capacité de travail résiduelle. Cela étant, au plan strictement rhumatologique, le Dr H_____ avait estimé qu'elle serait théoriquement apte à travailler à 50%, ce qui donnait un taux d'invalidité de 66%.

La recourante a notamment produit :

- un rapport du 23 novembre 2023 du Dr C_____ contestant les conclusions des experts ; sa patiente présentait plusieurs problèmes chroniques, soit des lombosciatalgies gauches invalidantes consécutives à une ostéoporose due à une hormonothérapie de longue durée dans le contexte de son traitement de cancer du sein, une épicondylite chronique des deux coudes opérés à plusieurs reprises sans résultats bénéfiques et engendrant une grande difficulté à la préhension des deux mains, une fibromyalgie et un état dépressif moyen à sévère non consolidé ; elle était incapable de supporter la station debout prolongée, d'être assise plus d'une heure, de marcher de manière prolongée et de faire des manipulations avec ses membres supérieurs ; elle devait pouvoir se concentrer pleinement sur sa santé, faire de la physiothérapie au long court, bénéficier de traitement d'hydrothérapie et de relaxation ;
- un rapport du 24 novembre 2023 du Dr H_____ considérant que les diagnostics retenus par les experts étaient corrects, mais qu'il convenait d'y ajouter une tendinopathie du moyen fessier bilatérale présente depuis plusieurs mois, pour laquelle il retenait en sus des limitations énumérées par les experts des restrictions en lien avec la position debout prolongée, la marche prolongée et la marche fréquente en montée ; les critères diagnostics utilisés par l'expert concernant la fibromyalgie attestaient des douleurs diffuses et démontraient la sévérité des symptômes ; les douleurs résiduelles au niveau des coudes, plus sévères que d'autres douleurs, n'étaient pas liées à la fibromyalgies, mais survenaient probablement comme un résultat insatisfaisant des chirurgies réalisées, ce qui arrivait dans 30 à 40% des cas selon la littérature médicale ; les atteintes avaient une répercussion sur les vies professionnelle, privée et sociale de la patiente ; la capacité de travail était au mieux de 50 à 60% dans une activité adaptée ;
- un rapport de radiographie du bassin et de la hanche droite du 4 mars 2024 montrant une coxarthrose bilatérale modérée avec une ostéophytose supéro-externe bilatérale et postéro-inférieur à droite.

b. Dans sa réponse du 16 mai 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours. Les éléments subjectifs relevés par la recourante étaient insuffisants pour remettre en cause le rapport d'expertise. Hormis les conclusions sur la capacité de travail dans

une activité adaptée, le Dr H_____ rejoignait l'avis du SMR. Le Dr C_____ n'avait apporté aucun élément médical objectif nouveau et le rapport de radiographie du bassin du 4 mars 2024 n'était pas suffisant pour démontrer une atteinte ayant des répercussions durables et notables sur la capacité de travail. S'agissant du salaire avec invalidité, l'application de la valeur centrale de la statistique des salaires bruts standardisés n'était pas critiquable. Seule une réduction forfaitaire pouvait entrer en considération pour l'abattement, mais pas lorsque la capacité de travail était entière.

c. Par réplique du 5 juillet 2024, la recourante a persisté dans ses conclusions. Le Dr H_____ avait également contesté les diagnostics retenus avec une répercussion sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles. De plus, son évaluation de ladite capacité était limitée à l'aspect rhumatologique. L'examen radiologique du 4 mars 2024 avait révélé une coxarthrose bilatérale modérée avec une ostéoporose et une IRM réalisée le 17 juin 2024 avait également révélé des pathologies. Ces résultats confirmaient les examens du Dr H_____ des 7 et 19 juin 2024. Elle était clairement handicapée pour toutes les activités impliquant de la marche prolongée, la position debout prolongée, les montées d'escaliers, d'escabeau ou d'échelle, et il lui arrivait d'être paralysée. Elle suivait un traitement pour cette affection et deux infiltrations avaient été réalisées. Ces éléments entraînaient une répercussion sur sa capacité de travail. L'intimé n'avait ni examiné ses arguments à l'encontre de l'expertise, ni justifié les raisons pour lesquelles il ne conviendrait pas de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers. La question de l'abattement sur le salaire statistique se posait uniquement lorsqu'une capacité de travail résiduelle existait, ce qui n'était pas le cas.

Elle a produit :

- un rapport d'IRM du 17 juin 2024 ayant mis en exergue une coxarthrose bilatérale modérée avec une ostéophytose cotyloïdienne et une chondropathie fémoro-acétabulaire supéro-externe bilatérale et symétrique, un probable conflit fémoro-acétabulaire à droite avec « herniation de Pitt » et un épaulement de la jonction cervico-céphalique antérieure pouvant témoigner d'un conflit fémoro-acétabulaire à corrélérer à la clinique, une maladie de péri-hanche bilatérale avec enthésite des petits fessiers, bursite trochantérienne superficielle et des ilio-psyas des deux côtés ;
- un rapport du 20 juin 2024 du Dr H_____, consulté les 7 et 19 juin 2024, relatant des douleurs de la face externe de la hanche droite, ainsi que des douleurs moins intenses de la région inguinale droite irradiant sur la face antérieure de la cuisse droite presque permanentes qui étaient également présentes au repos mais aggravées par les efforts ; l'examen clinique montrait une boiterie droite, des palpations para-trochantérienne et du moyen fessier douloureuses ; la mobilisation de la hanche droite était conservée, mais

certaines rotations provoquaient d'importantes douleurs ; il avait effectué une infiltration au niveau de la périhanche droite ; la patiente ne pouvait pas effectuer les activités impliquant la marche prolongée, la position debout prolongée, la montée d'escaliers, sur un escabeau et sur une échelle.

d. Par duplique du 12 août 2024, l'intimé a également persisté dans ses conclusions et s'est référé à l'avis du SMR, produit en annexe.

Dans cette appréciation du 8 août 2024, la Dre L_____ a considéré que les nouvelles pièces révélaient une tendinopathie du moyen fessier bilatérale prédominant à droite et une coxarthrose bilatérale modérées, qui entraînaient des limitations fonctionnelles supplémentaires pour les montées d'escalier, d'escabeau ou d'échelle, mais que ces nouvelles atteintes ne permettaient pas de retenir une réduction supplémentaire de la capacité de travail. Les limitations fonctionnelles énoncées par le Dr C_____, à savoir la station debout prolongée, la position assise de plus d'une heure, la manipulation utilisant les deux membres supérieurs, la marche prolongée, avaient été admises par le SMR dans son avis du 25 septembre 2023.

e. Le 4 septembre 2024, la recourante a souligné l'importance d'une analyse globale de son cas, ce que ni les experts, ni le SMR, ni l'intimé n'avait fait.

f. Par ordonnance du 12 février 2025 (ATAS/78/2025), la chambre de céans a mis en œuvre une expertise, confiée au docteur M_____, rhumatologue, et à la docteure N_____, psychiatre.

g. Dans son rapport du 26 juin 2025, le Dr M_____ a retenu, à titre de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, une coxarthrose bilatérale objectivée sur l'IRM de juin 2024 (hanche gauche normale sur la radiographie de 2021), des douleurs résiduelles du coude droit sur un status post intervention de l'épicondylite coude droite en octobre 2021, des douleurs résiduelles du coude gauche sur un status post intervention de l'épicondylite coude gauche le 16 novembre 2022, des lombalgies chroniques communes présentes selon l'anamnèse depuis 2020 environ. Il a également mentionné, sans répercussion sur la capacité de travail, un hallux *rigidus* qui avait été opéré avec un bon résultat, une enthésite des petits fessiers, des bursites trochantériennes superficielles et des ilio-psoas de chaque côté, objectivés sur l'IRM de juin 2024 qui constituaient des tendinopathies réversibles sous traitement et ne produisaient pas d'incapacité de travail durable, une fibromyalgie diagnostiquée en 2010. Enfin, l'examen des genoux était normal et ne permettait donc pas de retenir un diagnostic pathologique sur ces articulations. Il a précisé que le degré de gravité de la fibromyalgie, et notamment son impact sur la capacité de travail, serait discuté avec sa co-experte lors de l'évaluation consensuelle.

Concernant les limitations fonctionnelles, la coxarthrose bilatérale restait peu symptomatique mais imposait d'éviter la position accroupie, la position assise

basse, la marche de plus d'une heure de suite, la marche de plus de deux heures par jour. Les status post intervention des épicondylites requéraient d'éviter le port de charge de plus de 2.5 kg, les gestes répétitifs des coudes, poignets et mains. Les lombalgies chroniques communes contre-indiquaient la position penchée en avant, les rotations du tronc, l'extension du tronc et le port de charge de plus de 10 kg.

L'activité de vendeuse dans une boutique de prêt-à-porter était incompatible avec les épicondylites chroniques des coudes et les douleurs résiduelles post-opératoires de ces articulations depuis le mois d'octobre 2021, date de l'opération au coude droit. Sur le plan médico-théorique, l'activité habituelle n'était définitivement plus exigible en raison des douleurs chroniques résiduelles du coude droit puis gauche. Une activité lucrative adaptée aux limitations fonctionnelles était exigible à 100%, avec une probable baisse de rendement de 20% en raison des douleurs chroniques résiduelles et des changements de position nécessaires en raison des lombalgies chroniques. Une activité administrative serait idéale, au taux global de 80%, lequel était exigible depuis toujours, en dehors des périodes post-opératoires. Les interventions (hallux droit, coude droit puis gauche) avaient provoqué une incapacité de travail temporaire d'environ trois mois. La capacité de travail dans une activité adaptée était restée globalement stable en dehors des périodes post-opératoires. Elle était nulle dans l'activité de vendeuse depuis le 1^{er} octobre 2019, de manière définitive.

La dernière partie du rapport comprend l'appréciation consensuelle du cas par les deux experts. Ces derniers ont conclu, au plan global bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique, que la capacité de travail avait été de 0% du 15 avril au 12 juillet 2021, étant relevé que le degré de sévérité de la symptomatologie dépressive était alors sévère. Du 13 juillet 2021 au 22 août 2023, la capacité de travail avait été de 50%, le degré de sévérité de la symptomatologie dépressive avait été moyen de façon attestée. À ce taux réduit il fallait tenir compte des limitations fonctionnelles ostéo-articulaires qui contre-indiquaient la poursuite de l'activité de vendeuse. Dans un poste adapté, compte tenu d'un taux horaire réduit de 50%, il n'y avait pas de baisse de rendement supplémentaire. Durant cette période, d'un point de vue consensuel, la capacité de travail globale était donc de 50% dans une activité adaptée mais pas en tant que vendeuse. Dès le 23 août 2023, des troubles dépressifs persistaient, mais le degré de sévérité était devenu léger de façon attestée médicalement. Dès cette date, un taux horaire de 100% était exigible dans un poste adapté aux limitations fonctionnelles rhumatologiques. Pour tenir compte des douleurs résiduelles des troubles dégénératifs et de la fibromyalgie, des changements de position imposés par les lombalgies et de l'interaction entre la dépression légère et les douleurs chroniques, le rendement était abaissé de 20%. Dès le 23 août 2023, la capacité de travail globale exigible dans un poste adapté aux limitations fonctionnelles rhumatologiques était donc de 80%. L'activité de vendeuse n'était

pas adaptée aux limitations fonctionnelles et était donc contre-indiquée, et cela depuis octobre 2021.

h. Le 25 août 2025, la Dre N_____ a rendu son rapport d'expertise psychiatrique, dans lequel elle a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique selon la CIM-10 (F33.00), équivalent à un trouble dépressif récurrent, épisode actuel bénin selon la CIM-11 (6A71.1), lequel avait une influence sur la capacité de travail, et des phobies spécifiques (F40.2 selon la CIM-10 et 6B03 selon la CIM-11) des aiguilles apparues lors des traitements oncologiques en 2004 qui n'étaient pas incapacitantes.

Du point de vue psychiatrique uniquement, la capacité de travail avait été de 0% du 15 avril au 12 juillet 2021, de 50% du 13 juillet 2021 au 22 août 2023 et de 100% depuis le 23 août 2023.

Concernant les limitations fonctionnelles, elle a cité le manque de confiance en soi qui nécessiterait un soutien psychologique lors d'une reprise de travail. L'activité lucrative devrait tenir compte du besoin de restaurer une certaine confiance en soi. Était adaptée toute activité permettant d'évoluer dans un climat professionnel sécurisé. Il n'y avait pas de baisse de rendement du point de vue psychiatrique.

Les troubles somatiques et psychiques étant intriqués, la capacité de travail finale avait été estimée après *consilium* des deux experts. Elle a annexé un rapport consensuel distinct, cosigné par le Dr M_____, document qui correspond à la dernière partie du rapport de l'expert rhumatologue.

i. Le 25 août 2025, la recourante a transmis un rapport du Dr H_____ à la chambre de céans, précisant qu'elle ignorait si ce document était en possession du Dr M_____.

j. Par écriture du 16 septembre 2025, l'intimé a remis en cause le bien-fondé des conclusions de l'expertise judiciaire pour les motifs évoqués par le SMR. La capacité de travail était entière au niveau somatique. D'un point de vue psychiatrique, le rapport de la Dre G_____ du 12 octobre 2022 permettait de conclure à l'absence de comorbidité. La recourante présentait des ressources mobilisables. Il n'y avait pas de limitation uniforme sur les actes de la vie quotidienne, les activités sociales étaient préservées. Le traitement médicamenteux était en cours de modification. Ces éléments plaidaient contre un échec du traitement et partant également contre un trouble incapacitant et des limitations fonctionnelles significatives. Ainsi, l'examen des indicateurs et les éléments relevés par le SMR imposaient de s'écarter des conclusions de l'experte s'agissant de la capacité de travail résiduelle réduite entre 2021 et 2023, étant encore rappelé que le Dr J_____ avait conclu à un épisode dépressif léger sans incapacité de travail dès décembre 2021.

L'intimé a joint un avis du 8 septembre 2025 de la Dre L_____. Il en ressort que le SMR estimait que la coxarthrose bilatérale était postérieure à la décision litigieuse, que la baisse de rendement retenue par le Dr M_____ ne se justifiait pas et que l'état dépressif était devenu léger en décembre 2021 déjà. Le SMR ne pouvait pas adhérer à la baisse de capacité de travail de 50% entre juillet 2021 et août 2023 en l'absence de modification du status psychiatrique. L'épisode dépressif était léger dès janvier 2022. Les attestations d'incapacité de travail avaient toujours été signées par le Dr C_____ et aucun des psychiatres traitants n'avait jamais attesté d'une incapacité de travail. Enfin, le SMR avait demandé un dosage du traitement antidépresseur pour vérifier la compliance de la recourante mais cela n'avait pas été réalisé par l'experte. Partant, la capacité de travail avait été nulle dans toute activité du 14 avril au 31 décembre 2021 (épicondylite droite et intervention de l'épicondylite en octobre 2021 ; épisode dépressif moyen ayant évolué vers un épisode léger), entière du 1^{er} janvier au 31 octobre 2022, nulle du 1^{er} novembre 2022 (opération de l'épicondylite gauche) au 22 mars 2023, puis entière dès le 23 mars 2023.

k. Par écriture du 10 octobre 2025, la recourante a également contesté l'évaluation de sa capacité de travail telle que retenue par les experts et a conclu à un complément d'expertise concernant l'appréciation de sa capacité de travail en lien avec la fibromyalgie, la tendinopathie fessière et l'arthrose symptomatique des doigts, en tenant compte des rapports du Dr H_____ des 10 juin et 5 octobre 2025, et sollicité une comparution personnelle et l'audition des experts, ainsi qu'une confrontation entre les Drs H_____ et M_____. L'experte s'était arrêtée au constat qu'elle avait peu d'estime d'elle-même et sous-estimait ses réelles capacités, sans tirer la conclusion qui s'imposait, à savoir que c'était à cause de différentes affections physiques et des douleurs chroniques qu'elle avait perdu toute confiance en elle. Même en présence d'un syndrome dépressif récurrent, actuellement léger, la fibromyalgie pouvait avoir un impact important sur le plan psychique, jusqu'à la rendre incapable de travailler. Les experts avaient affirmé que les affections physiques et psychiques se potentialisaient mutuellement, sans pour autant fournir une explication objective à la baisse de rendement de seulement 20%. Le rapport du Dr M_____ était en outre critiquable à plusieurs égards. Ainsi, le déroulement d'une journée type devait être rectifié et complété. Concernant le suivi médical, il était incorrect d'affirmer qu'elle prenait « très rarement un traitement antalgique » car en consommait de fortes doses lors de crises aiguës. En outre, les antalgiques n'avaient pas ou peu d'effet sur l'arthrose et la fibromyalgie, et elle prenait d'autres substances qui l'aidaient et privilégiait le repos. Par ailleurs, elle n'avait pas refusé un suivi au centre de la douleur, mais était allergique au traitement qui lui avait été proposé à l'époque. Au mois de novembre 2025, elle se rendrait au centre de la douleur où un nouveau traitement lui serait proposé. L'expert rhumatologue avait minimisé la portée de ses affections somatiques et l'avait

présentée comme quelqu'un qui exagérait ses douleurs. Concernant la fibromyalgie, il avait refusé d'apprécier son caractère incapacitant au plan rhumatologique, mais avait confirmé ce diagnostic et écarté tout impact de cette maladie sur sa capacité de travail. Il avait affirmé que les symptômes et les plaintes de la fibromyalgie étaient stables depuis 2010 et que cette maladie ne l'avait pas empêchée de travailler, omettant de relever que les symptômes s'étaient nettement aggravés, notamment avec l'apparition d'autres affections physiques depuis 2021. Il était objectivement insoutenable d'affirmer qu'elle conservait une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée sur le plan rhumatologique.

La recourante a annexé un rapport du 5 octobre 2025 du Dr H_____, lequel a maintenu que la fibromyalgie avait un impact significatif sur la capacité de travail de sa patiente. Cette dernière n'exagérait nullement ses douleurs qui restaient intenses. Elle prenait des traitements antalgiques, qui n'avaient pas ou peu d'effet bénéfique. Les effets secondaires de la prise d'antalgiques au long cours étaient importants et représentaient un risque de toxicité, ce qui pouvait justifier leur consommation réduite. En revanche, elle était totalement compliant aux traitements proposés. La tendinopathie fessière avait un impact sur la capacité de travail, contrairement à l'avis du Dr M_____. L'intéressée faisait partie des 36% des patients qui souffraient de tendinopathie récidivante rebelle aux traitements. Elle souffrait également d'arthrose digitale, présente avant la décision querellée, mais sans effet sur la capacité de travail à cette époque-là. Désormais, cette affection avait un impact sur les activités manuelles et l'exercice d'une activité professionnelle. En sus des limitations fonctionnelles retenues par les experts, il convenait de rajouter les difficultés à utiliser les mains de manière régulière, comme sur un clavier d'ordinateur, à cause des douleurs chroniques épicondyliennes des coudes et l'arthrose symptomatique des doigts. La capacité de travail exigible dans une activité adaptée était, au plan strictement rhumatologique, de 50% à 60%.

l. Le 14 octobre 2025, la chambre de céans a transmis ces écritures aux parties.

m. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

- 1.** La compétence de la chambre de céans et la recevabilité du recours ont déjà été examinées dans l'ordonnance d'expertise. Il suffit d'y renvoyer.
- 2.**

2.1 Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur.

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2 et les références).

2.2 En l'occurrence, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en avril 2022, soit une année après le début de l'incapacité de travail durable, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

3. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision du 7 mars 2024 par laquelle l'intimé a octroyé à la recourante une rente d'invalidité entière pour la période limitée du 1^{er} février au 31 mai 2023, et supprimé cette prestation dès le 1^{er} juin 2023.
4. Conformément aux art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

À teneur de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

L'art. 16 LPGA dispose que pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il

pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

L'art. 54a al. 3 LAI prévoit que les SMR établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré qui sont déterminantes pour l'assurance-invalidité en vertu de l'art. 6 LPGA, pour l'exercice d'une activité lucrative raisonnablement exigible ou pour l'accomplissement des travaux habituels.

L'art. 49 al. 1^{bis} RAI précise que lors de la détermination des capacités fonctionnelles au sens de cette disposition, la capacité de travail attestée médicalement pour l'activité exercée jusque-là et pour les activités adaptées est évaluée et justifiée en tenant compte, qualitativement et quantitativement, de toutes les ressources et limitations physiques, mentales ou psychiques.

4.1 Selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré ou, si une sphère ménagère doit être prise en compte, sur sa capacité d'accomplir les travaux habituels (arrêt du Tribunal fédéral I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1 ; ATAS/750/2019 du 26 août 2019 consid. 7).

4.2 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

4.2.1 Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être

surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2 ; 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

4.2.2 Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

- Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3),

A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)

Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).

B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles ; consid. 4.3.2)

C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)

- Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement ; consid. 4.4)

Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

4.2.3 La procédure d'administration des preuves qui prévaut en matière de troubles douloureux sans substrat organique et de troubles psychosomatiques analogues est notamment applicable à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 418) et à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1).

Bien que le diagnostic de fibromyalgie soit d'abord le fait d'un spécialiste en rhumatologie, une expertise psychiatrique est en principe nécessaire pour se prononcer sur l'incapacité de travail qu'engendre un tel trouble qui, du point de vue juridique, est similaire aux troubles somatoformes douloureux (douleurs non expliquées par un substrat organique) et doit être traité comme ceux-ci (ATF 132 V 65 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_710/2023 du 28 juin 2024 consid. 6.1).

Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid. 3.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2).

Dans l'ATF 143 V 409 consid. 4.2, le Tribunal fédéral a rappelé que le fait qu'une atteinte à la santé psychique puisse être influencée par un traitement ne suffit pas, à lui seul, pour nier le caractère invalidant de celle-ci ; la question déterminante est en effet celle de savoir si la limitation établie médicalement empêche, d'un point de vue objectif, la personne assurée d'effectuer une prestation de travail. À cet égard, toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Ainsi, le caractère invalidant des atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les

limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2).

4.2.4 Selon le Tribunal fédéral, dans tous les cas, l'administration et, en cas de recours, le juge, doivent examiner si et dans quelle mesure les experts ont suffisamment et de manière compréhensible étayé leur évaluation de l'incapacité de travail, en tenant compte des indicateurs pertinents (questions de preuve). À cette fin, les experts doivent établir un lien avec la partie précédente de l'expertise médico-psychiatrique (avec extraits du dossier, anamnèse, constatations, diagnostics, etc.), c'est-à-dire qu'ils doivent se référer en détails aux résultats médico-psychiatriques des examens et explorations cliniques menés dans les règles de l'art qui relèvent de leur compétence. Le médecin doit donc exposer de manière détaillée les raisons médico-psychiatriques pour lesquelles les éléments constatés sont susceptibles de restreindre la capacité fonctionnelle et les ressources psychiques en termes qualitatifs, quantitatifs et temporels (ATF 143 V 418 consid. 6). À titre d'exemple, dans le cadre de troubles dépressifs récurrents de degrés légers à modérés qui sont souvent au premier plan dans l'examen de l'invalidité au sens de l'AI, cela signifie qu'il ne suffit pas que l'expert psychiatre déduise directement de l'épisode dépressif diagnostiqué une incapacité de travail, quel qu'en soit le degré ; il doit bien plutôt démontrer si et dans quelle mesure les constatations qu'il a faites (tristesse, désespoir, manque de dynamisme, fatigue, troubles de la concentration et de l'attention, diminution de la capacité d'adaptation, etc.) limitent la capacité de travail, en tenant compte - à des fins de comparaison, de contrôle et de plausibilité - des autres activités personnelles, familiales et sociales de la personne requérant une rente. Si les experts s'acquittent de cette tâche de manière convaincante, en tenant compte des éléments de preuve établis par l'ATF 141 V 281, l'évaluation des répercussions de l'atteinte psychique sera également valable du point de vue des organes chargés de l'application du droit, que ce soit l'administration ou le juge. À défaut, il se justifie, juridiquement, de s'en écarter (ATF 145 V 361 consid. 4.3 et la référence).

En fin de compte, la question décisive est toujours celle des répercussions fonctionnelles d'un trouble. La preuve d'une incapacité de travail de longue durée et significative liée à l'état de santé ne peut être considérée comme rapportée que si, dans le cadre d'un examen global, les éléments de preuve pertinents donnent une image cohérente de l'existence de limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation invalidante de la capacité de travail n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (arrêt du Tribunal fédéral 8C_423/2019 du 7 février 2020 consid. 3.2.2 et les références).

4.3 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui - en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part -, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, *in* SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

Le but des expertises multidisciplinaires est de recenser toutes les atteintes à la santé pertinentes et d'intégrer dans un résultat global les restrictions de la capacité de travail qui en découlent. L'évaluation globale et définitive de l'état de santé et de la capacité de travail revêt donc une grande importance lorsqu'elle se fonde sur une discussion consensuelle entre les médecins spécialistes participant à l'expertise. La question de savoir si, et dans quelle mesure, les différents taux liés aux limitations résultant de plusieurs atteintes à la santé s'additionnent, relève d'une appréciation spécifiquement médicale, dont le juge ne s'écarte pas, en principe (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_162/2023 du 9 octobre 2023 consid. 2.3 et les références).

4.4 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, est convaincu que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2

de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. -RS 101 ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 de l'ancienne Constitution fédérale du 29 mai 1874 (aCst.) étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

5. En l'espèce, dans sa décision litigieuse, l'intimé a retenu que la recourante n'était plus en mesure de travailler en qualité de vendeuse dans un magasin de prêt-à-porter depuis le 14 avril 2021, mais que sa capacité de travail avait été, dans une activité adaptée, de 0% du 14 avril 2021 au 20 janvier 2022, de 100% du 21 janvier au 31 octobre 2022, de 0% du 1^{er} novembre 2022 au 22 mars 2023 et de 100% dès le 23 mars 2023. Cette appréciation repose sur le rapport du SMR du 25 septembre 2023, lui-même basé sur le rapport d'expertise du 23 août 2023.

La recourante a dénié toute valeur probante à ces documents, relevant notamment que le SMR s'était distancé de certaines conclusions du CEMed, dont les experts n'avaient pas évalué sa situation en regard des interférences de ses différentes atteintes somatiques et psychiques, attestées par ses médecins traitants qui considéraient qu'elle n'était plus apte à travailler.

Dans son ordonnance d'expertise, la chambre de céans a relevé plusieurs manquements dans le rapport du CEMed et constaté qu'il était indispensable de compléter l'instruction médicale, de sorte qu'elle a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire afin de clarifier les différents aspects médicaux, leurs interactions et leurs conséquences sur la capacité de travail de la recourante.

Il convient donc d'examiner la portée du rapport d'expertise judiciaire.

5.1 Au niveau somatique, le rapport du 26 juin 2025 du Dr M_____ contient un résumé complet des documents médicaux, y compris des pièces pertinentes amenées par la recourante. L'expert a consigné les plaintes de cette dernière, présenté une anamnèse détaillée, les situations familiale, financière et sociale, ainsi que les habitudes. Il a rapporté ses constatations objectives à la suite de son examen clinique du 1^{er} mars 2025 et des échographies des périhanches complémentaires. Il a retenu des diagnostics clairs, en distinguant ceux qui entraînaient des répercussions sur la capacité de travail de ceux qui étaient sans

effet, s'est prononcé sur le degré de gravité de chaque trouble et sur leur date d'apparition. Il a justifié les limitations fonctionnelles découlant des différentes atteintes et son appréciation de la capacité de travail, en prenant notamment position sur les avis divergents au dossier.

Ce rapport d'expertise répond ainsi à toutes les exigences formelles en matière de valeur probante.

Il convient encore d'examiner si des opinions contraires sont propres à mettre en doute les déductions de l'expert.

5.1.1 Le Dr M_____ a diagnostiqué, avec des répercussions sur la capacité de travail, une coxarthrose bilatérale, des douleurs résiduelles des deux coudes sur des status post intervention des épicondylites droite en octobre 2021 et gauche en novembre 2022, des lombalgies chroniques communes, et sans effets sur ladite capacité, un hallux *rigidus* opéré avec un bon résultat, une enthésite des petits fessiers, des bursites trochantériennes superficielles et des ilio-psoas de chaque côté qui constituaient des tendinopathies réversibles sous traitement et une fibromyalgie (*cf.* rapport p. 60).

Les limitations fonctionnelles comprenaient la position accroupie, la position assise basse, la marche de plus d'une heure de suite, la marche de plus de deux heures par jour, le port de charge de plus de 2.5 kg, les gestes répétitifs des coudes, poignets et mains, la position penchée en avant, les rotations et l'extension du tronc (*cf.* rapport p. 65). À cette liste, il convient encore d'ajouter les restrictions retenues par le Dr C_____ dans son courrier du 23 novembre 2023, avec lesquelles le Dr M_____ s'est déclaré d'accord, soit la station debout prolongée, la position assise de plus d'une heure, et les manipulations utilisant les deux membres supérieurs (*cf.* rapport p. 70).

S'agissant de la capacité de travail, l'activité de vendeuse dans une boutique de prêt-à-porter était incompatible avec les épicondylites chroniques des coudes et les douleurs résiduelles post-opératoires de ces articulations depuis octobre 2021, date de l'opération du côté droit. En revanche, une activité lucrative adaptée aux limitations fonctionnelles était exigible à 100%, avec une probable baisse de rendement de 20% en raison des douleurs chroniques résiduelles et des changements de position nécessaires en raison des lombalgies chroniques, depuis toujours en dehors des périodes post-opératoires (*cf.* rapport p. 66).

5.1.2 Le SMR n'a pas réfuté les atteintes somatiques et les limitations fonctionnelles retenues par l'expert, et a précisé que la coxarthrose bilatérale avait été diagnostiquée postérieurement à la décision litigieuse, raison pour laquelle il n'avait pour sa part pas énoncé de restrictions pour la durée de marche. La Dre L_____ a uniquement contesté la baisse de rendement de 20%, se prévalant de l'absence de traitement antalgique et du refus d'une prise en charge à la consultation de la douleur, et soutenant que les changements de position dus aux

lombalgies communes ne nécessitaient pas plus de cinq minutes et n'entraînaient donc pas de diminution de rendement.

À titre préalable, la chambre de céans observe que la coxarthrose bilatérale, mise en évidence lors de l'IRM de juin 2024, soit après le prononcé de la décision litigieuse du 7 mars 2024, avait déjà été constatée lors de l'examen radiographique du 4 mars 2024 et qu'elle doit donc bien être prise en considération dans le cadre de la présente procédure, ce qui n'est au demeurant pas contesté par l'intimé.

En ce qui concerne les douleurs, elle relève que si l'expert a écrit à plusieurs reprises que l'expertisée ne prenait « aucun traitement antalgique » (*cf.* rapport p. 63, 67), il a clairement précisé à d'autres endroits de son rapport que la recourante ne prenait « aucun traitement antalgique de manière régulière » (*cf.* rapport p. 64), qu'elle n'utilisait « pas de traitement antalgique médicamenteux régulièrement » (*cf.* rapport p. 67), qu'elle prenait « très rarement un traitement antalgique » (*cf.* rapport p. 62). Il a d'ailleurs relaté que l'intéressée prenait soit du Ponstan soit du Dafalgan lorsque la douleur devenait insupportable et qu'elle en avait pris une dizaine de jours avant l'expertise (*cf.* rapport p. 50). Ainsi, aucune contradiction ne saurait être retenue, la mention « aucun traitement antalgique » ne pouvant être comprise que comme « aucun traitement antalgique régulier ». Le SMR ne saurait donc conclure à l'absence de tout traitement antalgique.

Même si le Dr M_____ a relevé que la recourante ne prenait que rarement des antalgiques et qu'elle avait décliné la proposition du Dr H_____ de consulter le centre de la douleur dans le cadre de sa fibromyalgie, il a clairement admis l'existence de douleurs résultant des troubles rhumatologiques, comme l'attestent les diagnostics de « douleurs » résiduelles des deux coudes et de « lombalgies » chroniques communes (*cf.* rapport p. 60). Il a dûment tenu compte du fait que l'expertisée ne prenait que rarement un traitement antalgique et estimé pour cette raison que le degré de gravité des douleurs ostéo-articulaires était faible, et ce pour tous les diagnostics évoqués (*cf.* rapport p. 61), en dépit des déclarations de l'intéressée qui se sentait incapable de travailler (*cf.* rapport p. 54). La baisse de rendement retenue pour ce motif est donc cohérente et prend en considération un abaissement du seuil douloureux induit par la fibromyalgie (*cf.* rapport p. 64).

S'agissant des changements de position nécessaires, l'expert n'a pas précisé leur fréquence. Cela étant, il ressort des limitations fonctionnelles admises que la recourante ne peut pas rester assise plus d'une heure ni rester debout de façon prolongée, ce qui implique une alternance répétée entre les positions, qui ne saurait être réduite à cinq minutes sur une journée entière de travail contrairement à l'avis du SMR.

Partant, les arguments relevés par l'intimé et le SMR ne sont pas propres à remettre en cause la diminution de rendement retenue par le Dr M_____.

5.1.3 La recourante a également contesté l'évaluation de la capacité de travail retenue par l'expert rhumatologue, arguant qu'il était objectivement insoutenable d'affirmer qu'elle conservait une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée sur le plan physique. Elle a relevé que le déroulement d'une journée-type devait être rectifié et complété, rappelé les difficultés rencontrées au quotidien, contesté l'appréciation de l'expert concernant le traitement médical et le suivi, et lui a reproché d'avoir minimisé la portée de ses affections somatiques et d'avoir estimé que la fibromyalgie n'avait pas d'influence sur sa capacité de travail.

S'agissant de la journée-type, l'intéressée a fait valoir qu'elle ne se réveillait pas uniquement avec une énorme fatigue et des angoisses, mais également avec d'importantes douleurs diffuses dans tout le corps, qu'elle avait besoin d'environ 15 à 20 minutes pour se sentir apte à bouger et qu'elle devait effectuer des exercices pour débloquer ses articulations, qu'elle rencontrait d'importantes difficultés pour se laver et sécher ses cheveux, qu'elle devait s'allonger régulièrement durant la journée, qu'elle cuisinait peu, se limitait à la préparation de repas rapides et utilisait un robot pour couper ses légumes par manque de force et à cause des douleurs, qu'elle se promenait pendant 30 minutes et ne pouvait plus faire de longues balades, qu'elle fractionnait les tâches ménagères et ne pouvait pas nettoyer la salle de bain et exécuter des tâches nécessitant de se pencher en avant, qu'elle ne pouvait pas prendre ses petits-enfants dans les bras ou les garder une journée entière, ni s'occuper de son jardin.

La chambre de céans observe que la plupart de ces doléances ont bien été rapportées par l'expert. Ce dernier a par exemple mentionné dans les plaintes ou l'anamnèse que la recourante avait du mal à couper le pain ou la viande et qu'elle avait acheté un robot ménager pour couper ses légumes (*cf.* rapport p. 48), qu'elle pouvait marcher en général 20 minutes et sortir sa chienne pendant une heure avec des pauses (*cf.* rapport p. 48), qu'elle était vite fatiguée lorsqu'elle se coiffait (*cf.* rapport p. 48), qu'elle avait du mal à se pencher en avant pour nettoyer la baignoire et n'arrivait pas à ouvrir des bouches, qu'elle répartissait les tâches ménagères sur la semaine (*cf.* rapport p. 55), que tondre la pelouse lui faisait mal (*cf.* rapport p. 53), qu'elle avait de la peine à se lever le matin et devait souvent s'allonger l'après-midi (*cf.* rapport p. 54). Que le Dr M_____ n'ait pas spécifiquement relaté que la recourante avait besoin d'une vingtaine de minutes le matin pour déverrouiller ses articulations, qu'elle avait de la peine à se laver les cheveux, ou encore qu'elle ne pouvait pas garder ses petits-enfants toute la journée n'est évidemment pas propre à remettre en cause l'expertise, au vu des difficultés admises par le Dr M_____.

Concernant le suivi médical, la recourante a soutenu qu'il était incorrect d'affirmer qu'elle prenait « très rarement un traitement antalgique », ajoutant que les

antalgiques n'avaient pas ou peu d'effet sur l'arthrose et la fibromyalgie, qu'elle prenait de fortes doses d'antalgiques (Dafalgan, Irfen et Ponstan) lors de crises aiguës, qu'elle ne supportait pas le Tramadol, qu'elle ne pouvait pas ingérer d'antalgiques en quantité importante et quotidiennement à cause des problèmes d'estomac, que son système digestif était très fragile depuis la chimiothérapie, que le Surmontil qu'elle prenait toutes les nuits pour dormir avait des effets sédatifs atténuant la perception de la douleur chronique et que le Condrosulf 800 mg qu'elle prenait pour l'arthrose soulageait les douleurs et améliorait la mobilité. Elle privilégiait le repos, qui la soulageait davantage que les antalgiques. Elle a ajouté qu'elle n'avait pas refusé un suivi au centre de la douleur et que le traitement qui lui avait été proposé à l'époque consistait dans la prise de Kétamine, molécule à laquelle elle était allergique. Elle n'avait donc pas entamé ce traitement, ce qui avait été communiqué au Dr M_____. Elle se rendrait au mois de novembre 2025 à l'Hôpital de la Tour pour un suivi au centre de la douleur, étant ajouté qu'en nouveau traitement par électrostimulation lui serait proposé en remplacement de la Kétamine.

La chambre de céans remarque que le constat du Dr M_____, selon lequel la recourante ne prend que rarement un traitement antalgique, est corroboré par les déclarations de l'intéressée à la Dre N_____, qui a relaté que l'expertisée avait des médicaments en réserve pour les douleurs mais qu'elle ne les utilisait pas (*cf.* rapport p. 7), ainsi que par plusieurs autres médecins, notamment le Dr F_____ qui a écrit que l'intéressée ne prenait pas de traitement pour la douleur en continu, seulement en réserve (*cf.* rapport du 26 septembre 2022), le Dr O_____ qui a indiqué qu'elle ne prenait pas de traitement à but antalgique (*cf.* rapport du 19 février 2025) et le Dr H_____ qui a écrit que le Ponstan et le Dafalgan étaient uniquement en réserve (*cf.* rapport du 30 mars 2023) et que la patiente avait arrêté tous les traitements médicamenteux antalgiques parce qu'ils n'avaient pas d'effet bénéfique (*cf.* rapport 20 juin 2024). Il n'est donc pas contestable que la recourante ne prend habituellement aucun antalgique. En outre, si les antalgiques n'ont pas ou peu d'effet sur l'arthrose et la fibromyalgie, comme le soutient la recourante, cela n'explique pas pour quelle raison elle n'en consomme pas pour apaiser ses lombalgies communes et ses douleurs résiduelles aux coudes. Concernant les effets néfastes des médicaments, la recourante a expressément répondu à l'expert, surpris que sa liste de médicaments ne comprenne pas d'antalgiques, qu'elle préférait éviter le Ponstan et le Dafalgan car ils n'étaient pas très efficaces (*cf.* rapport p. 50), sans allusion aucune à des contre-indications à ces substances. Le Dr H_____ a expliqué que le risque de toxicité en cas de prise au long cours pouvait justifier une consommation « réduite », mais pas une prise exceptionnelle limitée aux seuls cas de crises. Il sied également de constater que le Condrosulf n'était pas mentionné dans la liste de médicaments remise par la recourante au Dr M_____ (*cf.* rapport p. 50) ni dans celle de la Dre N_____ (*cf.* rapport d'expertise

psychiatrique p. 7), puisque ce médicament n'a été prescrit qu'en juin 2025 (cf. rapport du 10 juin 2025 du Dr H_____), ce qui explique que les experts ne l'ont pas mentionné. Dans son rapport du 24 mai 2024, le Dr H_____ a clairement noté : « Nous avons rediscuté d'un éventuel essai de suivi dans le centre de la douleur à l'Hôpital de la Tour. Elle ne le souhaite pour le moment pas. Si elle change d'avis, ce sera toujours possible de demander qu'elle soit contactée pour une consultation ». L'intéressée a donc bien refusé cette proposition thérapeutique. En outre, elle a mentionné à l'expert une éventuelle allergie à la Kétamine, alors en cours d'investigation (cf. rapport p. 54). Cette potentielle allergie à ce psychotrope ne permet donc pas d'expliquer son refus de suivi au centre de la douleur en 2024.

La recourante a ensuite reproché à l'expert rhumatologue d'avoir minimisé la portée de ses affections somatiques et de l'avoir présentée comme une personne exagérant ses douleurs. Elle a notamment relevé qu'elle avait pu voyager en avion car elle était allongée et sous médicaments à ces moments-là, que sa vie sociale était loin d'être épanouie, que l'échographie ne s'était pas déroulée de manière aussi fluide que l'indiquait l'expert car elle n'avait pas pu supporter l'examen de la périhanche droite à cause de la douleur, ce qui avait eu un impact sur le résultat échographique.

La chambre de céans rappellera que l'expert, interrogé sur une exagération des symptômes ou une constellation semblable, a répondu positivement, en motivant son appréciation. Il a souligné que la recourante alléguait d'intenses douleurs qui selon elle l'empêcheraient d'exercer tout type d'activité, alors qu'elle déclarait ne prendre que très rarement un traitement antalgique, avait décliné la proposition de consultation au centre de la douleur, mais était capable de partir en vacances en avion, de maintenir une vie sociale et familiale, de s'occuper de son chien, de tondre son gazon, de tenir son ménage à son rythme (cf. rapport p. 62-63). Concernant les déplacements en avion, on perçoit mal comment l'intéressée aurait pu rester allongée durant les vols. S'agissant du déroulement de l'échographie, l'expert n'a signalé aucune difficulté en lien avec cet examen et n'a pas mentionné que les résultats auraient pu être influencés par une quelconque gêne. Quant à la vie sociale, la recourante ne conteste pas les propos rapportés par l'expert, notamment qu'elle sort habituellement son chien, qu'elle va régulièrement boire le café avec une amie le samedi, retrouve une dame âgée dans le parc où elle promène son chien, que son fils mange chez elle plusieurs fois par semaine à midi et parfois le soir aussi, que sa fille lui rend parfois visite le samedi avec ses enfants, qu'elle est en contact régulier avec sa sœur qui habite à côté de chez elle (cf. rapport p. 53 à 55). L'appréciation de l'expert apparaît ainsi suffisamment argumentée.

L'intéressée a aussi fait grief à l'expert d'avoir omis de prendre en compte certaines affections engendrant des répercussions sur sa capacité de travail.

Il sera relevé que les diagnostics retenus par l'expert correspondent pour l'essentiel à ceux qui avaient alors été posés par les médecins traitants. En effet, le Dr M_____ a indiqué qu'il confirmait les diagnostics incapacitants mentionnés par le Dr H_____ dans son rapport du 24 novembre 2023, soit une fibromyalgie, des rachialgies diffuses chroniques, une tendinopathie bilatérale du moyen fessier, une épicondylite résiduelle des deux coudes, et une arthrodèse des MTP I et IPP4 au pied droit, auxquels il convenait désormais d'ajouter une coxarthrose modérée des hanches, qui limitait davantage la marche prolongée que le status post-opératoire au pied (*cf.* rapport p 68-69). Concernant les atteintes énumérées par le Dr C_____ dans son courrier du 23 novembre 2023, en particulier une lombosciatalgie gauche invalidante consécutive à une ostéoporose due à une hormonothérapie de longue durée, l'expert a expliqué que selon sa propre évaluation rhumatologique, l'expertisée souffrait de lombalgies chroniques et que la sciatalgie était en lien avec une tendinopathie des fessiers, et non une ostéoporose, qui était un déficit en calcium asymptomatique du squelette (*cf.* rapport p. 69). Le Dr M_____ a exposé, concernant la tendinite des fessiers, qu'il s'agissait d'un problème assez fréquent qui pouvait évoluer de manière subchronique, ce qui imposait alors des limitations fonctionnelles en termes de périmètre de marche, mais que ce type d'atteinte demeurait généralement réversible en pratiquant quotidiennement des exercices d'étirements appropriés (*cf.* rapport p. 63-64), raison pour laquelle il a considéré que ce diagnostic n'engendrait pas d'incapacité de travail durable (*cf.* rapport p. 60). Ainsi, même si ce trouble a été rangé parmi les diagnostics n'ayant pas d'effet sur la capacité de travail, les restrictions en découlant ont tout de même été prises en considération par l'expert dès lors qu'il s'agit des mêmes contre-indications que celles liées à la coxarthrose, soit une limitation du périmètre de marche.

Concernant la fibromyalgie, la recourante a soutenu que le Dr M_____ avait « refusé » d'apprécier le caractère incapacitant de la fibromyalgie au plan rhumatologique, « sous prétexte » que cet aspect devait être discuté dans l'appréciation consensuelle, mais qu'il avait confirmé ce diagnostic et écarté tout impact de cette maladie sur sa capacité de travail, jusqu'à nier l'aggravation des symptômes et des douleurs. Il avait affirmé que les symptômes et les plaintes de la fibromyalgie étaient stables depuis 2010 et que cette maladie ne l'avait pas empêchée de travailler, omettant de relever que les symptômes s'étaient nettement aggravés, notamment avec l'apparition d'autres affections physiques depuis 2021.

La chambre de céans rappellera que, conformément à la jurisprudence, le diagnostic de fibromyalgie doit être posé par un spécialiste en rhumatologie et qu'une expertise psychiatrique est en principe nécessaire pour se prononcer sur l'incapacité de travail engendrée par cette atteinte. Il incombait donc bien au Dr M_____ de se déterminer sur l'existence de cette pathologie, mais pas d'apprécier seul son éventuel impact sur la capacité de travail. C'est la raison pour laquelle il a classé la fibromyalgie parmi les diagnostics n'ayant pas de

répercussion sur la capacité de travail, en précisant toutefois que ce point serait discuté avec sa co-experte (*cf.* rapport p. 60). Contrairement à ce que suggère la recourante, l'expert a bien constaté une aggravation de son état de santé avec notamment une coxarthrose depuis 2024, des opérations pour des épicondylites des coudes en 2021 et 2022, des enthésites des tendons fessiers depuis 2024. Toutefois, ces troubles ayant un substrat organique (*cf.* rapport p. 61), il ne les a pas traités comme des symptômes de la fibromyalgie. Pour le reste, il n'est pas contesté que cette atteinte a été décelée dès 2010 et qu'elle n'a pas interféré avec la capacité de travail de la recourante qui a exercé une activité lucrative entre 2013 et 2021, raison pour laquelle l'expert a estimé que c'était plus probablement la survenue de nouvelles atteintes ostéo-articulaire objectivables qui expliquait la détérioration de l'état de santé après 2019 (*cf.* rapport p. 63), étant toutefois observé que les plaintes n'étaient pas explicables par les diagnostics objectivables dans le domaine rhumatologique (*cf.* rapport p. 64) et que les atteintes somatiques restaient légères à modérées et ne nécessitaient pas la prise régulière de médicaments antalgiques (*cf.* rapport p. 61).

5.1.4 La recourante a produit deux rapports du Dr H_____ qui n'ont pas été examinés par l'expert.

Dans son premier courrier du 10 juin 2025 destiné au Dr C_____, le rhumatologue traitant a notamment confirmé qu'il n'y avait pas d'indication chirurgicale pour la coxarthrose droite modérée à l'heure actuelle, que sa patiente continuait à avoir des douleurs de la tendinopathie du moyen fessier et qu'ils avaient rediscuté de son ostéoporose. Lors de sa consultation du jour, elle avait surtout des douleurs des doigts et des radiographies et échographies des deux mains avaient été réalisées le 14 mai 2025 mettant en exergue de l'arthrose digitale des deux mains et des microcalcifications. Il lui avait prescrit du Condrosulf.

Le seul élément médical attesté par cette pièce et dont l'expert n'a pas tenu compte est l'existence de troubles aux niveaux des mains. Les pathologies ont toutefois été mises en évidence deux mois après l'examen de l'expert, de sorte qu'elles ne sont pas susceptibles de remettre en cause les conclusions d'expertise. Mais surtout, elles n'étaient pas incapacitantes lors de la notification de la décision litigieuse, comme cela sera constaté ci-dessous.

S'agissant du rapport du 5 octobre 2025 du Dr H_____, celui-ci a maintenu que la fibromyalgie avait un impact significatif sur la capacité de travail de sa patiente, que cette dernière n'exagérait pas ses douleurs qui restaient intenses, qu'elle prenait des traitements antalgiques qui n'avaient pas ou peu d'effet bénéfique, que les effets secondaires de la prise d'antalgiques au long cours étaient importants et représentaient un risque de toxicité, ce qui pouvait justifier leur consommation réduite. En revanche, elle était totalement compliant aux traitements proposés. L'intéressée faisait partie des 36% des patients qui souffraient de tendinopathie

récidivante rebelle aux traitements et cette tendinopathie fessière avait un impact sur la capacité de travail. Elle souffrait également d'arthrose digitale, présente avant la décision querellée, mais sans impact sur la capacité de travail à cette époque-là. Désormais, cette affection avait une influence sur les activités manuelles et l'exercice d'une activité professionnelle, étant fait référence à son précédent rapport du 10 juin 2025. En sus des limitations fonctionnelles retenues par les experts, il convenait de rajouter les difficultés à utiliser les mains de manière régulière, comme sur un clavier d'ordinateur, à cause des douleurs chroniques épicondyliennes des coudes et l'arthrose symptomatique des doigts. Selon lui, elle ne pouvait plus travailler comme vendeuse. La capacité de travail exigible dans une activité adaptée était, au plan strictement rhumatologique, entre 50% et 60%, et pour autant que les limitations fonctionnelles soient respectées.

La chambre de céans a déjà constaté que le Dr M_____ a dûment expliqué son appréciation du traitement antalgique et que les impacts de la fibromyalgie sur la capacité de travail devaient être discutés par un spécialiste en psychiatrie. Concernant la tendinopathie fessière, l'expert a justifié les raisons pour lesquelles ce trouble n'avait selon lui pas d'effet durable sur la capacité de travail. Cela étant, même s'il fallait retenir que la résistance au traitement constitue un élément nouveau susceptible de remettre en cause l'avis de l'expert, ce qui paraît de prime abord douteux, cela n'aurait de toute façon pas d'incidence sur l'issue du litige, puisque cette atteinte n'entraîne pas d'autres limitations fonctionnelles que celles déjà admises. Quant à l'arthrose digitale, il ne saurait être reproché à l'expert de ne pas l'avoir mentionnée puisqu'elle n'avait alors été évoquée par aucun médecin et n'avait fait l'objet d'aucune investigation. En outre, le Dr H_____ a expressément admis qu'elle n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail au moment déterminant. Par conséquent, cette évolution, postérieure à la décision dont est recours, ne doit pas être prise en compte dans le cadre de la présente procédure. Enfin, à toutes fins utiles, la chambre de céans observera que le Dr H_____ n'a pas conclu à un taux d'incapacité de travail supérieur depuis que ce nouveau diagnostic entraîne des répercussions sur la capacité de travail, puisqu'il la fixait déjà à 50-60% en novembre 2023.

Partant, les documents et arguments amenés par la recourante ne permettent pas de douter du bien-fondé des conclusions du Dr M_____, motivées et convaincantes, qui reposent sur une étude approfondie du dossier, les données subjectives, un examen médical minutieux et une analyse de tous les points litigieux.

5.2 Au niveau psychiatrique, le rapport d'expertise du 25 août 2025 de la Dre N_____ est basé sur trois entretiens individuels avec l'expertisée, un entretien avec le Dr C_____, un entretien avec la Dre G_____, et l'étude du dossier. La psychiatre a consigné les conditions de ses entretiens, les éléments biographiques du point de vue de la psychopathie, les anamnèses familiale,

professionnelle, socio-affective, médicale et psychiatrique, les plaintes de l'intéressée, le déroulement des journées types avant les problèmes de santé et depuis lors. Elle a ensuite résumé son examen clinique et procédé à une appréciation du cas, avant de répondre aux questions de la mission.

Ce document répond donc également aux requisits jurisprudentiels en matière de valeur probante.

Reste à examiner si les parties ont invoqué des éléments susceptibles de le remettre en cause.

5.2.1 La Dre N_____ a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique selon la CIM-10 (F33.00), équivalent à un trouble dépressif récurrent, épisode actuel bénin selon la CIM-11 (6A71.1), lequel avait une influence sur la capacité de travail. Elle a également diagnostiqué des phobies spécifiques (F40.2 selon la CIM-10 et 6B03 selon la CIM-11) des aiguilles apparues lors des traitements oncologiques en 2004 qui n'étaient pas incapacitantes.

Les limitations fonctionnelles psychiatriques comprenaient le manque de confiance en soi et une activité dans un climat professionnel sécuritaire était préconisée.

Du point de vue psychiatrique uniquement, la capacité de travail avait été de 0% du 15 avril au 12 juillet 2021, de 50% du 13 juillet 2021 au 22 août 2023 et était de 100% depuis le 23 août 2023.

5.2.2 L'intimé a contesté l'évaluation de la Dre N_____ et s'est référé à l'avis du SMR, lequel a indiqué qu'il ne pouvait pas adhérer à la baisse de capacité de travail de 50% entre juillet 2021 et août 2023 en l'absence de modification du status psychiatrique. Le diagnostic retenu était un épisode dépressif moyen ayant évolué vers un épisode dépressif léger dès janvier 2022 et la capacité de travail était entière dès cette date, comme retenu par le Dr J_____.

La chambre de céans rappellera qu'elle s'est déjà penchée sur la portée de l'expertise du Dr J_____ dans son ordonnance du 12 février 2025, relevant que certaines affirmations de ce médecin étaient ambiguës, voire douteuses, et que ses considérations quant à l'évolution du trouble dépressif moyen n'étaient pas suffisamment motivées, au vu notamment des rapports divergents au dossier. Ce document ne saurait dès lors suffire pour remettre en cause l'expertise judiciaire et conclure à une évolution favorable du trouble à la fin de l'année 2021.

L'intimé a également fait valoir que l'experte s'était basée sur l'examen de juillet 2021 de la Dre D_____ pour retenir un épisode dépressif moyen. Or, celui-ci n'était pas compatible avec un état dépressif « sévère » et « probablement » qu'un épisode dépressif « moyen » avec syndrome somatique était « surcoté ». Il a souligné en outre que les symptômes ne s'étaient pas

modifiés à la suite de la fin de la prise en charge par le Dr B_____ et que l'absence de suivi psychiatrique entre le 16 décembre 2021 et mars 2022 dénotait une amélioration de son état de santé. C'était donc en décembre 2021 que l'état dépressif était devenu léger.

La Dre N_____ a examiné toutes les pièces au dossier et discuté précisément de l'évolution de l'atteinte psychique. Selon l'auto-anamnèse, le début du trouble dépressif remontait à l'hiver 2020-2021, mais elle datait le début de la symptomatologie dépressive à l'arrêt maladie du 15 avril 2021, car il s'agissait de la date d'une validation médicale attestée, étant également relevé que le Dr B_____, psychiatre traitant du 24 février au 15 décembre 2021, avait mentionné un état dépressif le 1^{er} juillet 2021 et attesté d'une incapacité de travail complète du 19 avril à mi-juillet 2021 pour des motifs psychiatriques (*cf.* rapport p. 17). Elle a relevé qu'à son retour d'arrêt maladie pour arthrodèse du pied, début 2021, la recourante avait décrit des troubles du sommeil, une perte de poids importante, de l'anxiété. Les facteurs déclenchants semblaient être le stress au travail et des tensions liées à des conflits avec son fils qui vivait chez elle et qu'elle avait dû mettre à la porte en 2024. Les douleurs articulaires s'étaient accentuées dans ce contexte (*cf.* rapport p. 13). Ainsi, le stress, qui avait augmenté considérablement sur le lieu de travail, avait eu pour conséquences des troubles du sommeil, de l'appétit, des crises d'angoisse et une perte de poids (*cf.* rapport p. 13 et 17). L'intéressée avait alors perdu toute sa joie (*cf.* rapport p. 5). L'experte a également observé que la Dre D_____ avait confirmé le 13 juillet 2021 que l'incapacité de travail totale avait été justifiée par un état dépressif sévère qui avait évolué en un état dépressif moyen avec syndrome somatique (*cf.* rapport p. 17). Elle a ainsi conclu que, de façon documentée, l'état dépressif avait évolué de sévère à moyen dès le 13 juillet 2021. Il n'y avait alors plus de diagnostic d'anxiété généralisée à ce moment selon le rapport de la Dre D_____ (*cf.* rapport p. 17). La Dre N_____ a relevé qu'il y avait peu d'éléments d'information entre mi-juillet 2021 et la fin du suivi du Dr B_____, mi-décembre 2021, et que la psychiatre traitante avait relevé une humeur discrètement abaissée et une mobilité affective restreinte, soulignant que « le soma et la psyché » étaient intriqués. Sur cette base, elle a admis que l'état dépressif était toujours d'intensité moyenne en octobre 2022 (*cf.* rapport p. 17-18). Il n'y avait par la suite pas de trace documentée d'une rémission du trouble ni d'une dégradation du tableau psychiatrique (*cf.* rapport p. 18). L'incapacité de travail due à un syndrome dépressif de gravité moyenne pouvait être estimée à 50% (*cf.* rapport p. 23). Au vu des pièces en sa possession, l'experte n'avait aucune raison de s'écarter des évaluations des différents spécialistes en psychiatrie qui avaient examiné la recourante en temps réel. Contrairement à ce que suggère l'intimé, ni la Dre D_____, ni la Dre N_____, n'ont retenu que le trouble dépressif était encore de degré sévère le 13 juillet 2021. Les rapports produits dans le cadre de la présente procédure ne permettent pas de connaître

précisément le status psychique entre les mois de juillet 2021 et mars 2022. Cependant, dans sa correspondance du 8 septembre 2021 destinée à l'assureur perte de gain, le Dr B_____ a affirmé que l'intéressée n'avait pas encore pleinement retrouvé sa capacité de travail sur le plan psychique et expliqué que les arrêts de travail étaient signés par son généraliste car il y avait une prévalence du trouble somatique dans ses conséquences incapacitantes, étant relevé que les plaintes somatiques et psychiatriques étaient intriquées. Ces indications parlent en défaveur de l'amélioration des troubles psychiques retenue par le SMR en décembre 2021. La brève absence de suivi entre les mois de décembre 2021 et mars 2022, dont on ignore les raisons, ne permet en aucun cas de conclure que le trouble psychique se serait amendé, puisque la recourante a bénéficié d'une nouvelle prise en charge spécialisée et régulière dès le mois de mars 2022, avec un traitement médicamenteux. Qui plus est, en dépit de ce suivi, la Dre G_____ a constaté, dans son rapport du 12 octobre 2022, une légère péjoration de l'état de santé de sa patiente à cause de la dégradation de sa relation sentimentale avec son compagnon et des exacerbations douloureuses. Ainsi, aucun élément concret ne permet de retenir que l'état psychique de la recourante se serait notablement et durablement amélioré à la fin de l'année 2021.

L'intimé a relevé que la Dre G_____ avait indiqué que l'incapacité de travail était essentiellement liée à la symptomatologie douloureuse due à la fibromyalgie et avait renvoyé vers les somaticiens pour l'évaluation de la capacité de travail, ce qui laissait entendre qu'il n'y avait plus d'incapacité sur le plan psychiatrique depuis le début de son suivi en mars 2022.

Cette argumentation ne saurait être suivie. La nouvelle psychiatre traitante a clairement écrit dans son rapport du 12 octobre 2022 que les limitations fonctionnelles étaient « amplifiées par le ton déprimé de son humeur (baisse de vitalité, fatigabilité, tendance au repli social, difficulté à trouver une motivation pour initier une activité, anhédonie partielle) ». Elle a expliqué que l'incapacité de travail était « surtout secondaire à la symptomatologie douloureuse (fibromyalgie) qui entretient à son tour la baisse de thymie (dont elle influencée). Celle-ci participe aux limitations fonctionnelles (vitalité diminuée, fatigabilité, perte de confiance en son autonomie, tendance à l'isolement) qui durent depuis le début de la prise en charge ». Cette psychiatre a donc clairement estimé que l'état de santé psychique entraînait des limitations et influençait négativement sur la capacité de travail, ce qui explique que l'experte a retenu que l'état dépressif était toujours d'intensité moyenne en octobre 2022 et conclu qu'il n'y avait pas de trace documentée de rémission complète du point de vue des rapports médicaux et de l'auto-anamnèse. Elle a exposé que le degré de sévérité lors de ses examens était comparable à celui lors de l'expertise du Dr J_____ et retenait le caractère récurrent du syndrome dépressif dont le premier épisode remontait à 2004.

Selon l'intimé, le status de la Dre G _____ était sensiblement le même que celui du Dr J _____, de la Dre D _____ et de la Dre N _____. Il a relevé que le premier avait noté que la recourante ne paraissait pas triste, ne pleurait pas, ne montrait pas de signe d'angoisse, elle souriait, elle était euthymique. La Dre G _____ avait indiqué que l'humeur était discrètement abaissée et que les fonctions cognitives étaient conservées. La Dre N _____ avait relaté que le seul moment où l'expertisée avait montré de la tristesse était lorsqu'elle avait parlé du décès de son frère. La Dre D _____ n'avait pas observé un abaissement de la thymie, c'étaient plutôt les symptômes anxieux qui prédominaient et pouvaient rentrer dans le cadre d'un état dépressif. Ainsi, le status ne s'était pas modifié entre juillet 2021 et août 2023. En outre, les attestations d'incapacité de travail avaient toujours été signées par le Dr C _____ et aucun des psychiatres traitants n'avait jamais attesté d'une incapacité de travail.

Il ressort du rapport du 14 juillet 2021 de la Dre D _____ que l'intéressée avait souvent des larmes dans les yeux, beaucoup de tension et d'émotion dans la voix. Dans son rapport du 12 octobre 2022, la Dre G _____ a observé que sa patiente était « souvent près des larmes » et démontrait une « mobilité affective plutôt restreinte », qui restait « dans le spectre des émotions négatives ». Les vicissitudes médicales récentes ravivaient les souvenirs douloureux et traumatiques du cancer. L'intéressée décrivait des troubles du sommeil et des difficultés à se concentrer. La médecin a noté un repli sur soi dépressif, une diminution de l'élan vital, le manque d'entrain, une anhédonie, une limitation des activités sociales et un besoin d'être stimulée pour quitter son domicile pour des loisirs partagés. La patiente rencontrait rarement des amies et passait beaucoup de temps à la maison. Ces constats ne sont pas superposables à ceux du Dr J _____, ni à ceux de l'experte judiciaire. Le premier a notamment remarqué que l'intéressée ne paraissait pas triste, n'avait pas pleuré durant l'entretien, que l'intonation de la voix était sans particularité. Il n'y avait pas de déficit émotionnel, l'affect était approprié. La recourante appréciait de faire un certain nombre d'activités, avait des contacts sociaux, promenait son chien, gardait de bonnes relations avec sa fille et des amies proches, pouvait compter sur le soutien de ses proches, se déplaçait en voiture et en transports publics. Quant à la Dre N _____, elle a relevé un seul moment de tristesse lors de ses trois entretiens individualisés, noté que la plupart des intérêts avaient été émoussés mais étaient encore présents. L'expertisée était aidée pour les grandes courses par une proche et complétait ces achats par des sorties seule au centre commercial. Elle pouvait voir des amies et ses petits-enfants, aller en ville, promener son chien au parc quotidiennement, hormis lorsque les douleurs étaient trop fortes. L'experte psychiatre a ainsi confirmé que le degré de sévérité des troubles était devenu léger dès le 23 août 2023, comme attesté par le Dr J _____, et retrouvé une symptomatologie similaire lors de son propre examen.

L'intimé a ensuite relevé que le SMR avait demandé un dosage du traitement antidépresseur pour vérifier la compliance de l'assurée et que cela n'avait pas été réalisé par l'experte.

La Dre N_____ a exposé que la recourante avait reçu plusieurs molécules antidépresseurs et bénéficiait encore d'antidépresseurs. Ce traitement était adéquat à la fois pour le syndrome dépressif et pour les douleurs. D'après les médecins de l'expertisée, l'adhésion médicamenteuse était bonne, raison pour laquelle elle n'a pas jugé utile de solliciter une prise de sang. Compte tenu du diagnostic posé, des limitations fonctionnelles et de l'évaluation de la capacité de travail retenues au jour de l'expertise, on perçoit mal les motifs pour lesquels l'experte, qui s'est personnellement entretenue avec la psychiatre traitante, aurait dû procéder à des vérifications complémentaires.

En définitive, l'intimé ne fait valoir aucun indice concret susceptible de douter de l'appréciation de la Dre N_____, aux termes de laquelle la capacité de travail avait été, du point de vue psychiatrique, de 0% du 15 avril au 12 juillet 2021 dans toute activité en raison d'un épisode dépressif sévère, de 50% du 13 juillet 2021 au 22 août 2023 dans toute activité compte tenu du trouble dépressif de gravité moyenne, et de 100% dès le 23 août 2023 au vu du degré léger de gravité du trouble.

5.2.3 La recourante n'a pas contesté les diagnostics retenus sur le seul plan psychique, en particulier le degré de gravité du trouble dépressif récurrent considéré comme étant alors léger ou bénin, ni l'unique limitation fonctionnelle admise consistant en un manque de confiance en soi. Elle a uniquement reproché à la Dre N_____ de ne pas avoir instruit l'impact de la fibromyalgie à satisfaction. Elle a souligné que cette pathologie était inscrite depuis 2022 dans la nouvelle classification internationale des maladies et figurait désormais dans le chapitre consacré aux douleurs chroniques (CIM-11 - MG30.01). En Suisse, l'application de cette nouvelle classification était en cours de préparation. La douleur chronique généralisée était une douleur diffuse dans au moins quatre des cinq régions du corps et était associée à une détresse émotionnelle significative (anxiété, colère/frustration ou humeur dépressive) ou à un handicap fonctionnel (interférence dans les activités de la vie quotidienne et participation réduite aux rôles sociaux). L'experte s'était arrêtée au constat qu'elle avait peu d'estime d'elle-même et sous-estimait ses réelles capacités, sans tirer la conclusion qui s'imposait, à savoir que c'était à cause de différentes affections physiques et des douleurs chroniques qu'elle avait perdu toute confiance en elle. Le sentiment de ne pas y arriver était une réalité et entraînait une répercussion significative sur sa capacité de travail. Ce n'était pas uniquement un travail sur soi, qui débloquerait ses capacités. Même en présence d'un syndrome dépressif récurrent, actuellement léger, la fibromyalgie pouvait avoir un impact important sur le plan psychique, jusqu'à la rendre incapable de travailler.

L'experte a notamment exposé que l'intéressée, qui semblait tout à fait sincère et ne surjouait pas, paraissait mieux que ce qu'elle ressentait d'elle-même. Sa vision de soi et de ses capacités était plus négative que ce qui pouvait être constaté de façon objective. Cela était caractéristique de certains troubles dépressifs (*cf.* rapport p. 20). Le tableau clinique était cohérent, mais les capacités et ressources objectivées étaient supérieures à ce que l'expertisée ressentait. Cela était attendu lors de certains syndromes dépressifs (*cf.* rapport p. 21). Elle a ajouté que la plupart des états dépressifs régressaient au bout de plusieurs mois. Toutefois, les douleurs articulaires aggravaient le tableau psychique, et étaient en retour aggravées par ce dernier. Les douleurs étaient sans aucun doute un facteur qui maintenait le syndrome dépressif, lequel, même de sévérité légère, aggravait à son tour la perception des douleurs. L'expertisée fonctionnait à un degré moindre dans tous les domaines de son existence, par rapport à ce qu'elle était avant son arrêt maladie du 15 avril 2021. Mais elle se percevait comme moins capable que ce que les faits révélaient. Elle était encore autonome, voyageait, s'organisait pour que sa maison soit propre et rangée. Elle avait dû s'adapter à ses douleurs et à sa fatigue. Elle gérait son ménage de façon adaptée à ses douleurs, soit de façon fractionnée, par petites tranches. Elle était aidée pour les grandes courses par une proche, et allait compléter ses achats par des sorties seule au centre commercial, avec un chariot. Elle pouvait voir des amies, aller en ville, voir ses petits-enfants, promener son chien. Du point de vue anamnestique, elle était moins patiente, se sentait plus rapidement fatiguée, et s'est plus isolée sur le plan social. Toutefois cet isolement n'était pas complet (*cf.* rapport p. 21). Le comportement semblait cohérent mais avec une sous-estimation de ses capacités, ce qui était le propre de certains états dépressifs (*cf.* rapport p. 22). Au niveau de la personnalité, il n'y avait pas d'arguments en faveur d'un trouble de la personnalité ou de traits de personnalité pathologiques (*cf.* rapport p. 22). La personne expertisée se montrait authentique et, en termes de ressources, sous-estimait ses capacités psychiques. Du point de vue social et familial, elle pouvait compter sur sa fille et deux amies proches (*cf.* rapport p. 22).

La Dre N_____ a donc dûment motivé son appréciation du cas, qui rejoint par ailleurs celle du CEMed. Les experts avaient en effet expliqué que les patients atteints de fibromyalgie avaient souvent une mauvaise perception de leurs capacités, s'auto-dévaluaient et se limitaient par crainte des douleurs, si bien que les limitations fonctionnelles annoncées pouvaient ne pas correspondre à ce qui pouvait être objectivement retenu.

La recourante ne soulève pas de critère tangible qui justifierait de douter de cette évaluation. Partant, les conclusions de l'expertise judiciaire apparaissent également convaincantes du point de vue psychiatrique.

5.3 Dans leur évaluation consensuelle globale bidisciplinaire, les experts ont estimé que la capacité de travail avait été de 0% du 15 avril au 12 juillet 2021,

étant relevé que le degré de sévérité de la symptomatologie dépressive était sévère et que l'intéressée n'était pas en mesure de travailler. Du 13 juillet 2021 au 22 août 2023, la capacité de travail avait été de 50%. Le degré de sévérité de la symptomatologie dépressive avait été moyen de façon attestée. À ce taux réduit il fallait tenir compte des limitations fonctionnelles ostéo-articulaires qui contre-indiquaient la poursuite de l'activité de vendeuse. Dans un poste adapté, compte tenu d'un taux horaire réduit de 50%, il n'y avait pas de baisse du rendement supplémentaire. Durant cette période, la capacité de travail globale était donc de 50% d'un point de vue consensuel psychiatrique et rhumatologique, dans une activité adaptée mais pas en tant que vendeuse. Dès le 23 août 2023, des troubles dépressifs persistaient, mais le degré de sévérité était devenu léger. Un taux horaire de 100% était exigible dans un poste adapté aux limitations fonctionnelles rhumatologiques. Pour tenir compte des douleurs résiduelles des troubles dégénératifs et de la fibromyalgie, et des changements de position imposés par les lombalgies, et de l'interaction entre la dépression légère et les douleurs chroniques, le rendement était abaissé de 20%. Ainsi, à compter du 23 août 2023, la capacité de travail globale exigible dans un poste adapté aux limitations fonctionnelles rhumatologiques était de 80%. L'activité de vendeuse n'était pas adaptée aux limitations fonctionnelles et était donc contre-indiquée, et cela depuis octobre 2021.

5.3.1 La recourante fait grief au Dr M_____ et à la Dre N_____ de ne pas avoir fourni d'explication objective quant au taux de la baisse de rendement fixée à 20%, alors que les affections physiques et psychiques se potentialisaient mutuellement.

L'évaluation globale a été rendue après plusieurs échanges de vue entre avril et juin 2025. Les experts ont exposé que les troubles rhumatologiques qui étaient douloureux et la dépression légère se potentialisaient mutuellement. Les douleurs induisaient une usure psychologique et une perte de confiance, tandis que l'usure psychologique influençait de façon négative la perception des douleurs. Ce qui les interrogeait était le fait que l'expertisée n'avait pas de suivi à la consultation de la douleur. Elle était tout à fait compliant pour les antidépresseurs, qui étaient une des voies d'accès aux douleurs chroniques. Cependant, il pourrait être utile, lors d'une reprise de travail, de pouvoir bénéficier d'une telle consultation, avec des spécialistes qui travailleraient idéalement en réseau avec des techniques antalgiques non invasives combinées à une prise en charge psychologique pour améliorer la confiance en soi. Puisque que « soma et psyché » étaient dans ce cas étroitement liés, une prise en charge des deux aspects serait souhaitable.

La diminution de rendement globale de 20% résulte ainsi d'un consensus entre les experts et tient compte à la fois des atteintes psychiques et physiques, et de l'interaction entre les différents troubles. Il n'appartenait pas à la chambre de céans de revoir cette estimation en se livrant à des conjectures qui relèvent

strictement de la science médicale. Par ailleurs, le taux final auquel sont parvenus les experts se révèle tout à fait cohérent au vu des diagnostics retenus et des limitations dans les différents domaines de la vie. Le Dr M_____ a en effet admis une diminution de rendement de 20% sur le plan physique afin de tenir compte des changements de position nécessaires et des douleurs résiduelles, en précisant que ces dernières résultaient notamment d'un abaissement du seuil douloureux induit par la fibromyalgie. La Dre N_____ a, pour sa part, conclu que le trouble dépressif récurrent était léger depuis environ deux ans et que la capacité de travail de l'intéressée était entière depuis lors, sans aucune perte de rendement, dans tout climat professionnel sécure, seul un manque de confiance en soi étant retenu à titre de limitation fonctionnelle.

5.4 En l'absence de doutes sérieux quant à la fiabilité du rapport d'expertise judiciaire, la chambre de céans fera siennes les conclusions de la Dre N_____ et du Dr M_____, notamment en ce qui concerne l'évaluation de la capacité de travail exigible dans une activité adaptée. À cet égard, elle relèvera cependant que les experts ont oublié de rappeler la période d'incapacité de travail de trois mois, admise sur le plan somatique à la suite de l'intervention du 16 novembre 2022.

Partant, il peut être tenu pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que la capacité de travail de la recourante, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles énoncées, s'élevait à 0% du 15 avril au 12 juillet 2021, à 50% du 13 juillet 2021 au 15 novembre 2022, à 0% du 16 novembre 2022 au 16 février 2023, à 50% du 17 février au 22 août 2023 et à 80% dès le 23 août 2023.

Dans ces conditions, la chambre de céans renoncera, par appréciation anticipée des preuves, à effectuer d'autres actes d'instruction.

6. Il convient à présent d'examiner le degré d'invalidité de la recourante, laquelle a contesté la détermination de l'intimé.
7. À teneur de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

Selon l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2) ; pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Pour les taux d'invalidité compris entre 40 et 49%, la quotité de la rente s'échelonne de 25 à 47.5% (al. 4).

L'art. 29 LAI prévoit que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (al. 1). La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3).

7.1 Conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a) ou atteint 100 % (let. b).

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA, applicable par analogie (ATF 148 V 321 consid. 7.3.1 ; 145 V 209 consid. 5.3 et les références ; 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 125 V 413 consid. 2d et les références).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; 113 V 273 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2).

Aux termes de l'art. 88a RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie (al. 2).

7.2 En vertu des art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI, pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré exerçant une activité lucrative, le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Le Conseil fédéral

fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables.

L'art. 25 RAI précise notamment que les revenus déterminants au sens de l'art. 16 LPGA sont établis sur la base de la même période et au regard du marché du travail suisse (al. 2). Si les revenus déterminants sont fixés sur la base de valeurs statistiques, les valeurs médianes de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique font foi. D'autres valeurs statistiques peuvent être utilisées, pour autant que le revenu en question ne soit pas représenté dans l'ESS. Les valeurs utilisées sont indépendantes de l'âge et tiennent compte du sexe (al. 3). Les valeurs statistiques sont adaptées au temps de travail usuel au sein de l'entreprise selon la division économique ainsi qu'à l'évolution des salaires nominaux (al. 4).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus sans et avec invalidité et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; 128 V 29 consid. 1 ; 104 V 135 consid. 2a et 2b). Il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 143 V 295 consid. 2.3 et les références ; 129 V 222 ; 128 V 174).

Le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49%, il faut arrondir à x% et pour des valeurs à partir de x,50%, il faut arrondir à x+1% (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

7.3 Selon l'art. 26 RAI, le revenu sans invalidité (art. 16 LPGA) est déterminé en fonction du dernier revenu de l'activité lucrative effectivement réalisé avant la survenance de l'invalidité. Si le revenu réalisé au cours des dernières années précédant la survenance de l'invalidité a subi de fortes variations, il convient de se baser sur un revenu moyen équitable (al. 1). Si le revenu effectivement réalisé est inférieur d'au moins 5% aux valeurs médianes usuelles dans la branche selon l'ESS au sens de l'art. 25 al. 3, le revenu sans invalidité correspond à 95 % de ces valeurs médianes (al. 2). L'al. 2 n'est pas applicable lorsque : le revenu avec invalidité visé à l'art. 26^{bis} al. 1 est également inférieur d'au moins 5% aux valeurs médianes usuelles dans la branche selon l'ESS au sens de l'art. 25 (al. 3 let. a) ou l'assuré exerçait une activité lucrative indépendante (al. 3 let. b).

Afin de comparer le salaire effectivement réalisé à celui fondé sur les ESS, ce dernier doit être adapté à l'horaire de travail usuel de la branche, et indexé à l'année déterminante en tenant compte des valeurs spécifiques au sexe (ATF 129 V 408).

Le cas échéant, il y a lieu d'adapter le salaire statistique à l'évolution des salaires nominaux en appliquant soit le chiffre définitif de l'indice suisse des salaires nominaux publié au moment déterminant de la décision litigieuse, soit la plus récente estimation trimestrielle (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_659/2022 du 2 mai 2023 consid. 7.2).

7.4 En vertu de l'art. 26^{bis} al. 2 RAI, si l'assuré ne réalise pas de revenu déterminant, le revenu avec invalidité est déterminé en fonction des valeurs statistiques visées à l'art. 25 al. 3 RAI.

Il convient de tenir compte de la formation professionnelle ou de la situation et de l'expérience professionnelles antérieures, pour autant que l'on puisse encore raisonnablement exiger de l'assuré qu'il exerce les activités en question. Si l'activité précédente n'est plus raisonnablement exigible, il convient de déterminer le salaire statistique d'une activité qui l'est encore (OFAS, CIRAI, ch. 3412).

Il y a lieu de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1_tirage_skill_level, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 ; 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

Lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), respectivement T17 (à partir de 2012) si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidité et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545 et les références ; arrêts

du Tribunal fédéral 8C_124/2021 du 2 août 2021 consid. 4.4.1 ; 8C_111/2021 du 30 avril 2021 consid. 4.2.1 et les références).

Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3). Les tableaux TA1, T1 et T17 de l'ESS 2022 ont été publiés le 29 mai 2024 ; l'ESS 2020 a été publié le 23 août 2022.

7.4.1 Selon l'art. 26^{bis} al. 3 RAI (dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2023), si, du fait de l'invalidité, les capacités fonctionnelles de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 1^{bis} RAI, ne lui permettent de travailler qu'à un taux d'occupation de 50% ou moins, une déduction de 10% pour le travail à temps partiel est opérée sur la valeur statistique.

Le Tribunal fédéral a estimé que cette disposition réglementaire était contraire au système légal et que, lorsque le revenu avec invalidité est déterminé sur la base de données statistiques, il convient d'examiner également la pertinence d'un éventuel abattement dû à l'atteinte à la santé conformément à la jurisprudence en vigueur avant le 1^{er} janvier 2022 (ATF 150 V 410 consid. 9 et 10). Il y a lieu, en ce sens, de tenir compte de facteurs liés à la personne assurée susceptibles de réduire ses perspectives salariales, tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Sur la base d'une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité, la jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25% au plus (ATF 148 V 174 consid. 6.3 ; 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75 consid. 5b/bb-cc), ce y compris l'éventuelle déduction de 10% pour le travail à temps partiel (lettre circulaire AI n° 445 du 26 août 2024 de l'Office fédéral des assurances sociales).

Le 1^{er} janvier 2024, la modification de l'art. 26^{bis} al. 3 RAI du 18 octobre 2023 (RO 2023 635) est entrée en vigueur.

Selon sa nouvelle teneur, l'art. 26^{bis} al. 3 RAI prévoit désormais qu'une déduction de 10% est opérée sur la valeur statistique visée à l'al. 2. Si, du fait de l'invalidité, l'assuré ne peut travailler qu'avec une capacité fonctionnelle au sens de l'art. 49 al. 1^{bis} de 50% ou moins, une déduction de 20% est opérée. Aucune déduction supplémentaire n'est possible.

Selon l'al. 1 des dispositions transitoires relatives à la modification du 18 octobre 2023, pour les rentes en cours à l'entrée en vigueur de cette modification qui correspondent à un taux d'invalidité inférieur à 70% et pour lesquelles le revenu avec invalidité a été déterminé sur la base de valeurs statistiques et n'a pas déjà fait l'objet d'une déduction de 20%, une révision est engagée dans les trois ans qui suivent l'entrée en vigueur de la présente modification. Si la révision devait conduire à une diminution ou à une suppression de la rente, il y sera renoncé. Si elle devait conduire à une augmentation de la rente, celle-ci prendra effet à l'entrée en vigueur de la présente modification.

Selon l'al. 2 des dispositions transitoires relatives à la modification du 18 octobre 2023, lorsque l'octroi d'une rente ou d'un reclassement a été refusé avant l'entrée en vigueur de cette modification parce que le taux d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande n'est examinée que s'il est établi de façon plausible qu'un calcul du taux d'invalidité effectué en application de l'art. 26^{bis} al. 3, pourrait aboutir cette fois à la reconnaissance d'un droit à la rente ou au reclassement.

Pour les droits à la rente qui prennent naissance entre le 1^{er} janvier 2022 et le 31 décembre 2023 - de même que pour les droits à la rente qui ont dû être adaptés entre le 1^{er} janvier 2022 et le 31 décembre 2023 en raison d'une révision ou d'un octroi échelonné avec effet rétroactif -, il convient de tenir compte de l'ATF 150 V 410. Cela signifie que lors de la détermination du revenu avec invalidité en se fondant sur des données statistiques, il faut également examiner la pertinence de l'application d'un éventuel abattement dû à l'atteinte à la santé conformément à la jurisprudence en vigueur avant le 1^{er} janvier 2022, en sus de l'abattement de 10% prévu pour le travail à temps partiel par l'art. 26^{bis} al. 3 RAI, dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2023 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2025 du 29 avril 2025 consid. 5.1 et les références).

Une application de l'art. 26^{bis} al. 3 RAI, dans sa teneur en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2024 n'entre pas en ligne de compte. L'effet anticipé positif - à savoir l'application du droit futur qui n'est pas encore en vigueur en lieu et place du droit actuel - n'est en principe pas admissible (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2025 du 29 avril 2025 consid. 5.1 et les références).

Seule l'évaluation de la capacité fonctionnelle est déterminante pour l'octroi de la déduction de 10%. Si ces capacités sont égales ou inférieures à 50% par rapport à une activité lucrative exercée à plein temps, la déduction est accordée, quel que soit le temps nécessaire pour fournir la prestation correspondante (OFAS, CIRAI, ch. 3418).

7.4.2 La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 135 V 297 consid. 5.2 ; 134 V 322 consid. 5.2 et les références). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération ; il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références). L'étendue de l'abattement

justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3).

D'éventuelles limitations liées à la santé, déjà comprises dans l'évaluation médicale de la capacité de travail, ne doivent pas être prises en compte une seconde fois dans l'appréciation de l'abattement, conduisant sinon à une double prise en compte du même facteur (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 146 V 16 consid. 4.1 et ss et les références). Une réduction au titre du handicap dépend de la nature des limitations fonctionnelles présentées et n'entre en considération que si, sur un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_280/2022 du 1^{er} mars 2023 consid. 7.2.3 et les références). Selon la jurisprudence, lorsqu'une personne assurée est capable de travailler à plein temps mais avec une diminution de rendement, celle-ci est prise en considération dans la fixation de la capacité de travail. Il n'y a pas lieu, en sus, d'effectuer un abattement à ce titre (arrêt du Tribunal fédéral 9C_780/2023 du 23 avril 2024 consid. 6 et les références). Aussi y a-t-il lieu de déterminer si les limitations fonctionnelles constituent un facteur qui obligerait l'assuré à mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle sur le marché du travail à des conditions économiques plus défavorables que la moyenne, soit entraînant un désavantage salarial (arrêts du Tribunal fédéral 8C_679/2020 du 1^{er} juillet 2021 consid. 6.2.1 ; 8C_860/2018 du 6 septembre 2019 consid. 6.3.3).

En ce qui concerne le critère de l'âge comme facteur d'abattement du salaire statistique, il y a lieu de tenir compte de l'interdépendance des facteurs personnels et professionnels entrant en ligne de compte qui contribuent à désavantager la personne assurée sur le marché du travail après une absence prolongée. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne. Aussi, en présence d'un assuré de plus de 50 ans, la jurisprudence insiste sur l'effet de l'âge combiné avec un handicap, qui doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret (arrêt du Tribunal fédéral 9C_341/2023 du 29 janvier 2024 consid. 6.2.3 et les références). Le Tribunal fédéral a notamment retenu un taux d'abattement de 10% dans le cas d'une assurée, âgée de 50 ans au moment déterminant de la comparaison des revenus et de surcroît absente depuis de nombreuses années du marché du travail, qui présentait des limitations fonctionnelles objectives d'ordre psychique, lesquelles n'étaient nullement compensées par d'autres éléments personnels ou professionnels tels que la formation ou l'expérience professionnelle (arrêt du Tribunal fédéral 9C_341/2023 du 29 janvier 2024 consid. 6.2.3).

Le Tribunal fédéral n'admet une déduction en raison de l'absence de formation professionnelle, de la mauvaise maîtrise de la langue ou de l'ancienneté dans l'entreprise que de manière particulièrement restrictive lorsque le salaire médian de référence correspond à celui réalisé dans des activités simples et répétitives de niveau 1 (arrêts du Tribunal fédéral 8C_112/2020 du 13 mai 2020 consid. 7.3 ; 8C_314/2019 du 10 septembre 2019 consid. 6.2 et les références citées).

7.5 La notion de marché équilibré du travail, au sens de l'art. 16 LPGa, est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques. Il n'y a donc pas lieu d'examiner la question de savoir si un assuré peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail sur un marché où les places de travail disponibles correspondent à l'offre de main d'œuvre (arrêt du Tribunal fédéral 9C_248/2018 du 19 septembre 2018 consid. 6.2 et les références). En d'autres termes, il n'y a pas lieu de poser des exigences excessives à la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain, au regard en particulier des postes permettant l'exécution de travaux peu exigeants du point de vue physique et sous l'angle des qualifications ou connaissances professionnelles requises. Restent ainsi exigibles une activité ou un poste de travail qui requièrent une certaine obligeance de la part de l'employeur, le marché du travail équilibré comprenant aussi de telles places de travail, dites « de niche » (arrêt du Tribunal fédéral 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 et les références).

La jurisprudence a par ailleurs admis que les possibilités de travail sur un marché du travail équilibré sont suffisamment concrétisées dans la mesure où entrent en considération, comme exemples d'activités exigibles, des travaux simples de surveillance ou de contrôle, l'utilisation et la surveillance de machines (semi-) automatiques ou d'unités de production, ainsi que l'activité de surveillant de musée ou de parking (arrêt du Tribunal fédéral 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 et les références).

Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché du travail équilibré lorsque, notamment, l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPGa ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (ATF 148 V 174 consid. 9.1 et les références). Cependant, là encore, le caractère irréaliste des possibilités de travail doit découler de l'atteinte à

la santé - puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPGA) - et non de facteurs étrangers à l'invalidité, par exemple de facteurs psychosociaux ou socioculturels (arrêt du Tribunal fédéral 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 et les références).

8. En l'occurrence, il est rappelé que la demande de prestations a été déposée le 7 septembre 2021 et que l'incapacité durable de travail a débuté le 15 avril 2021. Le droit éventuel à une rente a donc pris naissance le 1^{er} avril 2022, ce qui n'est au demeurant pas litigieux.

8.1 Par conséquent, l'art. 26^{bis} al. 3 RAI s'applique dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2023 pour le droit à la rente en 2022 et 2023, et, si ledit droit subsiste au-delà, sa nouvelle teneur dès le 1^{er} janvier 2024 sera applicable.

8.2 Les parties s'accordent sur le dernier revenu réalisé par la recourante en 2021, soit un montant mensuel de CHF 4'800.-, annualisé à CHF 57'600.-, mais parviennent à des résultats différents après indexation.

Compte tenu de l'évolution des salaires (indice pour les femmes de 2822 en 2022 et de 2801 en 2021 [T39 - Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 2010-2023]), le revenu sans invalidité se monte à CHF 58'032.-.

À toutes fins utiles, il sera encore observé que la mise en parallèle avec le revenu hypothétique permet de confirmer que ce montant doit être retenu. En effet, en se référant aux valeurs statistiques (ESS 2020, TA1_tirage_skill_level, femme, ligne 47 [commerce de détail], niveau de compétences 1), le revenu mensuel est de CHF 4'446.-. Annualisé, adapté à la durée normale de travail (41.7 heures en 2022 [tableau T 03.02.03.01.04.01]) et à l'évolution des salaires (indice pour les femmes de 2822 en 2022 et de 2784 en 2020 [T39 - Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 2010-2023]), il en résulte un montant de CHF 56'379.-. Il convient donc de retenir le salaire sans invalidité de CHF 58'032.-.

S'agissant du revenu avec invalidité, il ne se justifie pas de s'écarter du tableau TA1_tirage_skill_level, à la ligne « total secteur privé ». En effet, la recourante disposait d'une capacité de travail de 50% dans des travaux légers et les limitations fonctionnelles consistent essentiellement en des mesures d'épargne dues aux douleurs. Rien ne permet de douter de son employabilité dans une activité de production ni de retenir que sa capacité de travail serait mieux mise en valeur dans le secteur des services. De plus l'intéressée n'a pas travaillé durant de nombreuses années dans un domaine spécifique. Selon la jurisprudence, le salaire statistique correspondant à la ligne « total secteur privé » recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes.

Dans ces circonstances, il y a lieu de confirmer le revenu avec invalidité pris en considération par l'intimé, soit un montant mensuel de CHF 4'276.- (ESS 2020, TA1_tirage_skill_level, femme, ligne totale, niveau de compétences 1). Ce montant doit être annualisé, adapté à la durée normale hebdomadaire de travail (41.7 heures en 2022 [tableau T 03.02.03.01.04.01]) et indexé à 2022 (indice pour les femmes de 2822 en 2022 et de 2784 en 2020 [T39 - Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 2010-2023]). Il en découle un revenu de CHF 54'223.-, soit un salaire de CHF 27'112.- compte tenu d'une capacité résiduelle de travail de 50%.

Il convient encore d'ajouter la déduction forfaitaire de 10% conformément à l'art. 26^{bis} al. 3 RAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2023, ce qui donne un revenu de CHF 24'401.-.

Enfin, il sied d'examiner la pertinence de l'application supplémentaire d'un éventuel abattement. Il est rappelé qu'en présence d'une assurée de plus de 50 ans, la jurisprudence insiste sur l'effet de l'âge, combiné avec un handicap, qui doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret. En l'occurrence, un abattement de 10% en raison de l'âge de la recourante, soit presque 55 ans au moment de la comparaison des revenus en mars 2024, apparaît justifié. Le cas d'espèce est en effet comparable à celui précité jugé par le Tribunal fédéral dans lequel un taux d'abattement de 10% avait été appliqué pour une assurée âgée de 50 ans au moment déterminant et de surcroît absente depuis de nombreuses années du marché du travail, qui présentait des limitations objectives d'ordre psychique, lesquelles n'étaient nullement compensées par d'autres éléments personnels ou professionnels tels que la formation ou l'expérience professionnelle (arrêt du Tribunal fédéral 9C_341/2023 du 29 janvier 2024 consid. 6.2.3.). Un abattement supérieur n'entre pas en considération. En effet, le marché du travail équilibré comprend un éventail suffisamment large d'activités accessibles à la recourante, dont les restrictions découlent essentiellement des douleurs qui requièrent des mesures d'épargne et des changements de position fréquents. En outre, compte tenu du salaire de référence, soit celui obtenu dans des activités simples et répétitives de niveau 1, l'absence de formation professionnelle n'est pas pertinente.

Le revenu avec invalidité est donc de CHF 21'961.-.

La comparaison des salaires avec invalidité (CHF 21'961.-) et sans invalidité (CHF 58'032.-) révèle donc une perte de gain de CHF 36'071.-, soit un degré d'invalidité de 62.15%, arrondi à 62%, ouvrant le droit à une rente de ce taux dès le 1^{er} avril 2022.

8.3 L'incapacité de travail totale faisant suite à l'opération du coude gauche, en novembre 2022, n'a duré que trois mois, de sorte que ce changement n'est pas déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations de la recourante.

En revanche, la capacité de travail de la recourante s'est améliorée à partir du 23 août 2023 et elle s'élève désormais à 80%. Il convient donc de procéder à un nouveau calcul du degré d'invalidité.

Le revenu sans invalidité de CHF 57'600.- doit être adapté à l'année de référence, soit 2023, ce qui donne un montant de CHF 59'060.- (indice pour les femmes de 2872 en 2023 et de 2801 en 2021 [T39 - Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 2010-2023]).

Quant au gain avec invalidité, il convient de se référer aux mêmes valeurs statistiques, étant relevé que le TA1_tirage_skill_level 2022 n'avait pas encore été publié au moment de la décision litigieuse. Le revenu de CHF 4'276.- (ESS 2020, TA1_tirage_skill_level, femme, ligne totale, niveau de compétences 1) doit encore être annualisé, adapté à la durée hebdomadaire de travail (41.7 heures en 2023 [tableau T 03.02.03.01.04.01]) et indexé (indice pour les femmes de 2872 en 2023 et de 2784 en 2020 [T39 - Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 2010-2023]), ce qui donne un montant de CHF 55'184.-, ramené à CHF 44'147.- compte tenu de la capacité de travail résiduelle de 80%.

L'art. 26^{bis} al. 3 RAI dans sa teneur alors en vigueur ne trouve pas application pour l'intéressé, celle-ci disposant d'une capacité de travail dans une activité adaptée supérieure à 50%.

Toutefois, un abattement de 10% se justifie pour les motifs précédemment invoqués, ce qui donne un salaire de CHF 39'732.-.

Après comparaison des revenus avec invalidité (CHF 39'732.-) et sans invalidité (CHF 59'060.-), la perte de gain est de CHF 19'328.-, soit un degré d'invalidité de 32.72%, arrondi à 33%, insuffisant pour maintenir le droit à une rente.

Partant, le droit à la rente de la recourante, laquelle ne fait valoir aucun argument concret laissant supposer qu'elle ne serait pas en mesure d'exploiter sa capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une telle prestation, doit être supprimé à compter du 1^{er} décembre 2023.

8.4 Enfin, il convient d'examiner si le calcul du taux d'invalidité effectué en application de l'art. 26^{bis} al. 3 dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2024 pourrait aboutir à la reconnaissance d'un droit à la rente.

Le gain sans invalidité s'élèverait à CHF 60'582.- en 2024, après adaptation du salaire de CHF 57'600.- perçu en 2021 (indice pour les femmes de 2946 en 2024 et de 2801 en 2021 [T39 - Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 2010-2024 (3/3)]).

Le salaire avec invalidité se monte pour sa part à CHF 45'284.-, compte tenu du revenu mensuel de CHF 4'276.- (ESS 2020, TA1_tirage_skill_level, femme, ligne totale, niveau de compétences 1), de la durée hebdomadaire de travail (41.7 heures

en 2024 [tableau T 03.02.03.01.04.01]), de l'indexation à 2024 (indice pour les femmes de 2946 en 2024 et de 2784 en 2020 [T39 - Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 2010-2024 (3/3)]) et du taux de 80%. En tenant compte de la seule déduction forfaitaire de 10% admise par la disposition réglementaire, le revenu d'invalidé serait fixé à CHF 40'756.-, de sorte que la perte de CHF 19'826.- correspondant à degré d'invalidité de 32.72%, arrondi à 33%, ne donnerait pas droit à une rente. À toutes fins utiles, il sera observé que même en appliquant l'art. 26^{bis} al. 3 RAI dans sa version au 1^{er} janvier 2024 et en procédant à un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé, la solution demeurerait la même. Dans un tel cas, le salaire d'invalidé serait arrêté à CHF 36'680.-, donnant une perte de CHF 23'902.- correspondant à un degré d'invalidité de 39.45%, arrondi à 39%.

9. Quant aux mesures d'ordre professionnel implicitement requises par la recourante afin d'évaluer sa « réelle capacité de travail résiduelle », elles ne se justifient pas au vu des conclusions probantes de l'expertise judiciaire.
10. Partant, le recours sera partiellement admis et la décision litigieuse réformée, en ce sens que la recourante a droit à une rente de 62% pour la période du 1^{er} avril 2022 au 30 novembre 2023.

Les frais de l'expertise judiciaire seront laissés à la charge de l'État, l'intimé ne s'étant pas fondé sur une expertise présentant une insuffisance caractérisée (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2).

La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 4'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Réforme la décision de l'intimé dans le sens qu'il est alloué à la recourante une rente d'invalidité de 62% pour la période du 1^{er} avril 2022 au 30 novembre 2023.
4. Alloue à la recourante une indemnité de CHF 4'000.- à charge de l'intimé.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Melina CHODYNIECKI

Joanna JODRY

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le